

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Melissa Orlandi Honório Locks

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER IDOSA
HOSPITALIZADA: DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

Florianópolis
2013

Melissa Orlandi Honório Locks

**INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER IDOSA
HOSPITALIZADA: DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção de título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos.

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Locks, Melissa Orlandi Honório

Incontinência urinária na mulher idosa hospitalizada:
desafios para a assistência de enfermagem / Melissa
Orlandi Honório Locks ; orientadora, Sílvia Maria Azevedo
dos Santos - Florianópolis, SC, 2013.
179 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Filosofia, cuidado em saúde e
enfermagem. 3. Assistência de enfermagem. 4. Idoso. 5.
Incontinência urinária. I. Santos, Sílvia Maria Azevedo
dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

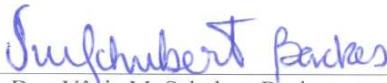
MELISSA ORLANDI HONÓRIO LOCKS

INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER IDOSA
HOSPITALIZADA: DESAFIOS PARA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 22 de fevereiro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Vânia M. Schubert Backes
Coordenadora do Programa

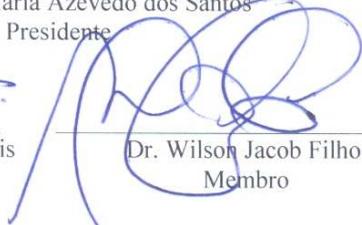
Banca Examinadora:



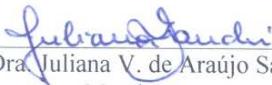
Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Presidente



Dra. Maria Alice dos Santos Lelis
Membro



Dr. Wilson Jacob Filho
Membro



Dra. Juliana V. de Araújo Sandri
Membro



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro



Dra. Angela Maria Alvarez
Membro

AGRADECIMENTOS

Aos sujeitos dessa pesquisa, idosas e enfermeiras, obrigada por me permitir conhecer um pouco mais sobre vocês e ter confiado em mim para a realização dessa pesquisa;

Aos membros que compuseram essa banca examinadora, pela disponibilidade em ajudar e pelas excelentes contribuições para a finalização deste trabalho. Em especial, à Dra. Maria Alice Lelis, por ter me acolhido em 2002 na cidade de São Paulo e ter me passado seu conhecimento, fazendo-me apaixonar por essa área;

À minha querida orientadora, Professora Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos, que com muita competência e dedicação me guiou no caminho rumo à construção de minha pesquisa. Agradeço, profundamente, por ter me aceitado como sua orientanda e ainda, pela confiança depositada em mim. Obrigada por acreditar que tudo seria possível;

À professora Dra. Silvia Nassar e à enfermeira Juliana Lessmann Reckziegel, pela paciência, ensinamentos e ajuda incansável no momento das análises estatísticas. Com certeza a especial ajuda de vocês foi fundamental nesse processo;

Aos membros do GESPI, pessoas apaixonadas pelo ser envelhecete, agradeço toda a ajuda compartilhada, discussões e sugestões que contribuíram para a realização dessa pesquisa;

À colega de GESPI e doutoranda Raphaela Valcarengi, pelo apoio e ajuda, sobretudo na fase de coleta de dados, época em que a Valentina estava quase nascendo... Sem a sua ajuda não teria conseguido finalizar essa etapa;

Aos colegas do HU, pelos anos de parceria, pelos momentos de risada e de trabalho sério compartilhados durante toda essa jornada. Com certeza vocês são a minha segunda família;

Aos meus amigos de caminhada, amigos novos e velhos, cada um de vocês sabem o quanto são especiais em minha vida... Obrigada pela cumplicidade e amizade sincera;

Aos meus pais queridos, Luiz e Sônia, toda gratidão do mundo! Vocês sempre foram incansáveis em nos dar uma boa educação, mas sobretudo, ainda mais incansáveis ao nos ensinar os verdadeiros valores da vida nos ensinando a sermos pessoas de caráter e preocupados com o próximo. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Micheline e Luiz Felipe, e aos meus novos irmãos Gesilani e Nilton, obrigada pela convivência, pelas alegrias e choros compartilhados e sobretudo, obrigada por terem me dado de presente as minhas duas afilhadas, Maria Fernanda e Brenda, que com certeza adoçam a minha vida em cada minuto que passamos juntas;

Ao meu grande amor Luiz, incansável companheiro, meu porto seguro, obrigada pela enorme paciência, pelos carinhos e compreensão nos momentos mais difíceis e de cansaço. Obrigada pela forma tranquila com que você me ensina as coisas... Com certeza você é um grande equilíbrio em minha vida. Te amo muito!

À minha pequena e doce Valentina, sapeca, risonha e carinhosa, obrigada por você existir em minha vida. Suas risadas, seus beijos e abraços apertados me ajudaram nos momentos mais difíceis. Mamãe te ama demais!!!

A Deus, força maior, obrigada por ser meu guia e meu protetor.

RESUMO

A incontinência urinária é um agravo de saúde mais comumente encontrado entre indivíduos da terceira idade, o que não significa que se trata de algo inerente à senescência. Entre os idosos, as mulheres são as que mais frequentemente apresentam incontinência urinária. Por outro lado, os distúrbios miccionais não se constituem em causa principal das internações, o que talvez explique o fato de nem sempre serem investigados, resultando em inexistência de ações para correção de tais problemas. Considerando-se o exposto, essa pesquisa teve como objetivo principal estimar a prevalência e fatores associados da incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas e identificar as estratégias de assistência e educação em saúde utilizadas por suas equipes de enfermagem. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo prospectivo e transversal. A amostra foi composta por 124 idosas, internadas nos setores de Clínica Médica de dois hospitais públicos, sendo um hospital com metodologia da assistência implantada e o outro, não. Além disso, foram entrevistados nove enfermeiros atuantes nesses setores. A coleta dos dados ocorreu entre agosto de 2010 e março de 2011 através de entrevista semiestruturada com os enfermeiros; questionário com as pacientes idosas, além de coleta de dados nos prontuários. Para os dados quantitativos foi realizada análise estatística descritiva e inferencial utilizando média, mínimo, máximo e desvio-padrão para as variáveis quantitativas discretas e a análise da frequência relativa e absoluta das variáveis qualitativas ordinais e nominais. Para análises inferenciais, utilizou-se nível de confiança de 95%, bem como nível de significância de 5%. A análise dos dados qualitativos deu-se através de Análise Temática. Como resultado, foram estabelecidas quatro categorias, a saber: Falta de preparo e formação dos enfermeiros; Desafios para assistência de enfermagem; Fralda geriátrica: solução ou problema?; Incontinência Urinária como um tabu a ser vencido. Encontrou-se ainda uma alta prevalência de incontinência urinária (70,16%), sendo mais frequente a decorrente de esforço. Dentre as variáveis coletadas, apenas a referente à constipação intestinal apresentou relação com a incontinência urinária. As doenças crônicas prévias, medicamentos, antecedentes gineco-obstétricos e hábitos de vida não atestaram relação neste estudo. Os dados qualitativos evidenciaram que o uso de fralda

geriátrica é a estratégia mais utilizada pela equipe de enfermagem para conduzir este problema. Como dificuldades na assistência ao idoso com incontinência urinária, foram apontadas: reduzido número de profissionais, estrutura hospitalar, tabu em falar sobre o assunto e a falta de conhecimento por parte dos enfermeiros. Constatou-se que 77,4% das mulheres entrevistadas relataram não terem sido questionadas sobre a incontinência no período da hospitalização por profissionais de saúde. A existência de uma Sistematização da Assistência de Enfermagem implementada em um dos serviços pesquisados não influenciou na abordagem sobre o assunto, pois, neste, apenas 15,8% das pacientes foram questionadas sobre a existência de incontinência urinária. Os achados deste estudo vêm reforçar o sub-registro existente e a falta de abordagem do tema pelos profissionais. Um dos desafios para a equipe de saúde e, em especial, para enfermagem, é superar a condição de cuidado atualmente oferecida, que se restringe apenas em higiene, conforto e uso de fraldas.

Descritores: Incontinência urinária, Idoso, Mulher, Enfermagem, Hospitalização.

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un agravamiento de la salud más comúnmente encontrada entre personas de la tercera edad, lo que no significa que se trata de algo inherente a la senescencia. Entre los ancianos, las mujeres son las que más frecuentemente presentan incontinencia urinaria. Por otro lado, los disturbios miccionales no se constituyen en las causas principales de las internaciones, lo que puede explicar el hecho de que no siempre son investigados, resultando en la inexistencia de acciones para la corrección de tales problemas o para la minimización de las pérdidas urinarias. Considerándose lo expuesto, esta investigación tuvo como objetivo principal conocer la prevalencia y factores asociados de la incontinencia urinaria en ancianas internadas en hospitales públicos de Florianópolis e identificar las estrategias de asistencia y educación en la salud utilizadas por sus equipos de enfermería. Se trata de un estudio cuantitativo y cualitativo, del tipo prospectivo y transversal. La muestra fue compuesta por 124 ancianas, internadas en los sectores de Clínica Médica de dos hospitales públicos, siendo un hospital con metodología de la asistencia implantada, y el otro sin la misma. Además, fueron entrevistados nueve enfermeros actuantes en esos sectores. La obtención de los datos ocurrió entre Agosto del 2010 y Marzo del 2011, a través de entrevista semi-estructurada con los enfermeros; entrevista estructurada con las pacientes ancianas y coleta de datos en los prontuarios. Los datos cuantitativos se analizaron utilizando media estadística descriptiva e inferencial, mínimo, máximo y desviación estándar para las variables cuantitativas y análisis discreto de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas ordinales y nominales. Para inferencial analiza, se utilizó un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación del 5%. El análisis de los datos cualitativos, se dio por medio del análisis temático. Lo resultó en cuatro categorías, a saber: La falta de preparación y entrenamiento de los enfermeros; Desafíos para la asistencia de la enfermería; Pañal geriátrico: solución o problema?; Incontinencia Urinaria como un tabú a ser vencido. Como resultado, se encontró una prevalencia alta de IU (70,16%), siendo la IU por esfuerzo la más frecuente en este grupo. Entre las variables recogidas, sólo se refiere a la constipación intestinal se relacionó con incontinencia urinaria. Las enfermedades crónicas previas, medicina, historia gineco-obstétrica y hábitos de estilo de vida

no testificó en relación con este estudio. Los datos cualitativos evidenciaron que el uso del pañal geriátrico es la estrategia más utilizada por el equipo de enfermería para conducir este problema. Como dificultades en la asistencia del anciano con IU, fueron apuntadas: número reducido de profesionales, estructura hospitalaria, tabú para hablar sobre el asunto y falta de conocimiento por parte de los enfermeros. También, se constató que 96 ancianas (77,4%) relataron no haber sido cuestionadas sobre la IU en el período de la hospitalización por ningún profesional de la salud. La existencia de una Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE), implementada en uno de los servicios investigados, no influenció el abordaje sobre el asunto, pues en este caso, apenas 15,8% de las pacientes fueron cuestionadas sobre la incontinencia urinaria. Los hallazgos de este estudio refuerzan la subnotificación existente y la falta de abordaje del tema por parte de los profesionales. Uno de los desafíos para el equipo de salud, y en especial para la enfermería, es el de superar la condición de cuidado actualmente ofrecido, que se fundamenta apenas en higiene, confort y el uso de pañales.

Descriptor: Incontinencia urinaria; Anciano; Mujer; Enfermería; Hospitalización.

ABSTRACT

Urinary incontinence is a health problem most commonly found among the elderly, which does not mean it is something intrinsic to senescence. Among the elderly, women are more likely to have urinary incontinence. On the other hand, voiding disorders do not constitute main cause for hospitalizations, which may explain why they are not always investigated, and result in lack of action to fix these problems or even reduce the urinary losses. Considering the above, this research aimed to understand the prevalence and factors associated this reality in elderly women hospitalized in public hospitals, in Florianópolis. In addition, the objective was to identify strategies for health education and care developed by the nursing teams. This is a quantitative and qualitative study of prospective and transversal type. The sample consisted of 124 female elderly, hospitalized in the areas of Clinical Medicine of two public hospitals, one with assistance methodology deployed and another hospital without it. Besides, nine professional nurses working in these sectors were interviewed. Data collection occurred between August 2010 and March 2011 by the following techniques: semi-structured interviews with nurses, structured interviews with elderly patients and collect data from medical records. For the analysis of quantitative data was analyzed using descriptive and inferential statistical average, minimum, maximum and standard deviation for quantitative variables and discrete analysis of absolute and relative frequency of qualitative variables ordinal and nominal. For inferential analyzes, we used a confidence level of 95% and a significance level of 5%. The analysis of qualitative data arising from the nurses' reports was accomplished through thematic analysis and resulted in four categories. Lack of Preparation and training of nurses, Challenges for nursing care, Geriatric Nappy: can be a solution or a problem?, and finally, Urinary Incontinence as a taboo to overcome. As a result, it was possible to get a high prevalence of UI (70,16%), and the UI by effort was the most frequent in this group. Among the variables collected, only referring to the intestinal constipation was related to urinary incontinence. Chronic diseases prior, medicine, gynecological-obstetrical history and lifestyle habits not attested in this study compared. Referring to life habits of the elderly interviewed, constipation had significant correlation with UI while others, such as

food, smoking, lack of physical activity, in addition to the age, showed no association with it. The qualitative data revealed that the use of geriatric diaper is the most used strategy by the nursing staff in order to manage this problem. The main difficulties in assisting the elderly with UI were the following: reduced number of professionals, hospital facilities, taboo to talk about the subject and, above all, lack of knowledge on behalf of the nurses. In addition, it was noted that 96 elderly women (77.4%) reported they had not been asked about the UI during their hospitalization, by any of the health professionals. The existence of Care Systematization (SAE) implemented in one of the researched services did not alter the approach on the issue because only 15.8% of the patients were questioned about the UI. The findings of this study reinforce the existing underreporting and lack of subject approach by the professionals. One of the challenges to the health care team and, in particular, for the nursing, is to overcome the care condition currently offered, which is based only on hygiene, comfort and the use of diapers.

Key words: Urinary incontinence; Elderly; Woman; Nursing; Hospitalization.

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

- Tabela 1 - Distribuição das idosas internadas segundo instituição, procedência, idade, tempo de internação e mobilidade. Florianópolis, 2012. (n = 124) 71
- Tabela 2 - Prevalência da Incontinência Urinária relatada entre as pacientes idosas hospitalizadas nas Clínicas Médicas de duas instituições públicas de Florianópolis. 73
- Tabela 3 - Relação entre história de vida e saúde e a ocorrência de incontinência urinária. 74

MANUSCRITO 2

- Tabela 1 - Relação entre instituição de saúde e questionamento acerca da ocorrência de incontinência urinária por algum profissional de saúde durante o período de hospitalização. Florianópolis, 2012. 99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

cm	Centímetros
CIAM	Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno
CM	Clínica Médica
CM-I	Clínica Médica I
CM-II	Clínica Médica II
CM-III	Clínica Médica III
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
DM	Diabetes Mellitus
EUA	Estados Unidos da América
GAD	Grupo de Apoio ao Diabético
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
HU	Hospital Universitário
IC	Intervalo de confiança
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária ao esforço
IMC	Índice de Massa Corporal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
mg	Miligramas
ml	Mililitros
mm	Milímetros
QLN	Variável Qualitativa Nominal
QLO	Variável Qualitativa Ordinal
QTD	Variável Quantitativa Discreta
SestatNet	Sistema Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGU	Trato Geniturinário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
3.1 ANATOMIA DO TRATO URINÁRIO FEMININO E FISIOLOGIA DA MICÇÃO	29
3.2 FUNÇÃO VESICAL E ENVELHECIMENTO.....	30
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA.....	31
3.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.....	33
3.5 INCONTINÊNCIA URINÁRIA, ATIVIDADE FÍSICA E OBESIDADE.....	36
3.6 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DOENÇAS CRÔNICAS	38
3.7 HÁBITOS DE VIDA E ENVELHECIMENTO	39
3.8 PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES	41
3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À IDOSA COM IU	43
4 MÉTODO.....	47
4.1 TIPO DE ESTUDO	47
4.2 PESQUISA DE CAMPO	48
4.2.1 <i>Local do estudo.....</i>	48
4.2.1.1 Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.....	48
4.2.1.2 Hospital Governador Celso Ramos.....	49
4.2.2 <i>Tamanho amostral.....</i>	49
4.2.2.1 Abordagem quantitativa.....	49
4.2.2.2 Abordagem qualitativa.....	51
4.2.3 <i>Seleção dos sujeitos.....</i>	51
4.2.3.1 Abordagem quantitativa (idosas e prontuários)	51
4.2.3.2 Abordagem Qualitativa (Enfermeiros)	52
4.3 VARIÁVEIS	52
4.3.1 <i>Variável dependente</i>	52
4.3.2 <i>Variáveis independentes.....</i>	52
4.4 COLETA DE DADOS	56
4.4.1 <i>Abordagem quantitativa</i>	56
4.4.1.1 Prontuário	56

4.4.1. 2 Questionário.....	57
4.4.2 <i>Abordagem qualitativa</i>	58
4.5 ORGANIZAÇÃO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	59
4.5.1 <i>Abordagem quantitativa</i>	59
4.5.2 <i>Abordagem qualitativa</i>	60
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
5 RESULTADOS.....	63
5.1 MANUSCRITO 1: FATORES ASSOCIADOS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER IDOSA HOSPITALIZADA	65
5.2 MANUSCRITO 2: O SUB-REGISTRO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM	87
5.3 MANUSCRITO 3: USO DE FRALDA GERIÁTRICA EM HOSPITAIS: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?	105
5.4 MANUSCRITO 4: INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS HOSPITALIZADAS: UM DESAFIO PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	165
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	166
APÊNDICE C - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	171
APÊNDICE D – TABELA DADOS GERAIS DA PESQUISA.....	172
ANEXO A - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS	179

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento traz consigo inúmeras transformações, incluindo as físico-funcionais, gerando déficits quanto ao funcionamento adequado de órgãos e sistemas. Dentre essas transformações, a incontinência urinária (IU), em especial, vem se tornando foco de estudos e discussões cada vez mais frequentes, sobretudo no que se refere às consequências e aos transtornos gerados em função deste agravo.

A incontinência urinária pode se manifestar como “urgência miccional, aumento da frequência urinária diurna, episódios de urgência miccional com micções parciais ou gotejamento urinário, além de incontinência de esforço e retenções urinárias”. Essas manifestações são consequências de alterações estruturais surgidas com o envelhecimento, como a diminuição da perfusão capilar dos vasos e dos nervos, o que acaba por levar à isquemia e à consequente diminuição da densidade nervosa (PEREIRA et al., 2005). Este problema acaba por trazer ao indivíduo importantes repercussões físicas e sociais, considerando a forma como se manifesta; segundo o conceito da *International Continence Society*, trata-se de uma perda involuntária de urina, que é um problema social e higiênico (LOPES; HIGA, 2006).

Entretanto, nem todos que são acometidos por incontinência urinária procuram ajuda profissional. Outro agravante é que em muitas práticas hospitalares os distúrbios miccionais nem sempre são valorizados, o que resulta em inexistência de ações para correção de tais problemas.

Em uma pesquisa realizada com mulheres com incontinência urinária, levantou-se que todas as pacientes atendidas durante o estudo relataram que perdiam urina há mais de nove anos, e que nenhum médico ou outro profissional da área da saúde as havia questionado sobre esse assunto durante as consultas (GLASHAN; LELIS; BRUSCHINI, 2003).

Resultados semelhantes ao estudo anterior foram encontrados por Borba, Lellis e Brêtas (2008), sendo que a maioria das mulheres pesquisadas tinha queixas urinárias há mais de cinco anos, porém só buscaram por tratamento de um a cinco anos após do início dos sintomas, aproximadamente. Dessa forma, pode-se perceber o quanto os profissionais da área da saúde possuem dificuldade para abordar esse

problema com os clientes, seja durante as consultas ou, até mesmo, durante o processo de hospitalização.

Em outra pesquisa, realizada em um Hospital Universitário, observou-se que a prevalência das pessoas hospitalizadas com incontinência urinária era de 35%, sendo esse um achado com maior frequência em mulheres, em pacientes com maior tempo de internação hospitalar e com infecções urinárias associadas (SILVA; SANTOS, 2005). Apesar da baixa casuística, esses autores afirmam que a incontinência urinária continua sendo subestimada, não se constituindo, muitas vezes, em aspecto investigado na avaliação médica e na de enfermagem durante o processo de hospitalização. Neste sentido, estudos apontam para uma necessidade crescente do incremento das ações de enfermagem junto ao paciente hospitalizado, visto os altos índices de prevalência de IU encontrados (DINGWALL, MCLAFFERTY, 2006; SILVA, SANTOS, 2005).

Outro aspecto importante, ressaltado por Glashan (2004), é que os idosos com doenças crônicas podem considerar a IU como um problema menor diante de sua saúde fragilizada. Não raramente, encontram-se idosos e até mesmo profissionais da saúde que percebem a IU como decorrente do processo natural de envelhecimento. Muitas vezes, a falta de preparo por parte dos profissionais pode levar a situações de indiferença e subestimação das queixas. Além disso, a postura de alguns profissionais pode aumentar a inibição e dificultar que o paciente expresse suas queixas (HIGA et al., 2010).

Acredita-se, ainda, que além da vergonha de falar sobre o assunto, outros aspectos possam interferir na verbalização do problema. Em pesquisa realizada com 35 mulheres incontinentes, surgiram justificativas para a não procura por tratamento: o fato de o médico não achar necessário; achar normal perder urina e não ter tempo; ou não achar importante o problema (SILVA; LOPES, 2009).

Em outra pesquisa realizada com profissionais da saúde, incluindo enfermeiros, médicos clínicos gerais e médicos da família atuantes na rede básica de saúde, constatou-se que, com exceção dos ginecologistas, os outros profissionais que participaram do estudo, raramente investigam a presença de IU, ou mesmo não o fazem; e, quando isso ocorre, a conduta ou é desconhecida, ou não é a mais adequada. O trabalho integrado entre as diversas especialidades, nestas situações, favorece a detecção dos casos e tratamentos mais adequados (BARBOSA et al., 2009).

Nosso país não possui estabelecida a real incidência e prevalência de IU, uma vez que os estudos existentes retratam realidades específicas; entretanto, estima-se que os nossos dados sejam semelhantes aos dos Estados Unidos da América (EUA), em termos percentuais. Acredita-se que a prevalência de IU em idosos esteja entre 15% e 30% na comunidade, e 50% em instituições asilares. Nos EUA, esses dados representam 12 milhões de pessoas, com gastos na ordem de 10 bilhões de dólares por ano (GLASHAN, 2004).

Em pesquisa realizada junto a idosos de uma comunidade observou que do grupo estudado 44,4% perdiam urina e destas, 66,7% tinham estas perdas há mais de um ano (MELO et al., 2012). Em outro estudo, porém em instituição de longa permanência, identificou que 22 idosos asiladas, com idade de 60 anos ou mais, 31,8% delas perdiam urina várias vezes ao dia, e 22,7% perdiam de duas a três vezes por semana (LAZARI; LOJUDICE; MAROTA, 2009).

Sabe-se que as causas para estes altos índices de acometimento da IU em idosos, institucionalizados ou não, são variadas. A IU secundária torna-se uma das situações bastante comuns, tendo-se em vista que as doenças crônicas associadas aos tratamentos farmacológicos extenuantes são fatores desencadeadores de distúrbios miccionais. Como exemplos, têm-se as drogas betabloqueadoras, bloqueadores de canais de cálcio e os diuréticos, que apesar de serem utilizados em demasia para os tratamentos de hipertensão arterial, geram importantes efeitos nas funções miccionais. A ação antagonista de tais drogas acaba provocando o relaxamento do esfíncter uretral e a diminuição da resistência ao fluxo urinário, o que vem confirmar a interferência desses fármacos nas funções urinárias (PORTO et al., 2003).

Além dos efeitos deletérios que algumas medicações trazem para as funções miccionais, outros problemas podem tornar-se possíveis fatores predisponentes. Em um estudo realizado por Higa e Lopes (2005), observou-se uma maior probabilidade de as mulheres desenvolverem IU após os 41 anos quando referiam alteração de peso, constipação intestinal ou hipertensão arterial. A menopausa e a consecutiva diminuição de estrogênio também são, muitas vezes, coadjuvantes no estabelecimento da incontinência nas mulheres neste período (MOEHRER; HEXTALL; JACKSON, 2008).

Com base nesses estudos, acredita-se que pessoas a princípio sem diagnóstico de IU, podem vir a desenvolvê-la após a instalação de outras

doenças ou do uso de medicamentos. Muitas vezes, por este não ser o motivo das internações e o foco do tratamento, os pacientes passam a desenvolver IU sem que, no entanto, esta seja descoberta ou tratada, mesmo durante o período de internação hospitalar.

Indaga-se, assim, como vem sendo a assistência prestada por enfermeiros nas clínicas de internações, visto que estes deixam passar despercebidas informações importantes como a ocorrência de perdas urinárias. Em pesquisa desenvolvida por Dingwall e Mclafferty (2006), com enfermeiras de um hospital escocês, levantou-se o que elas consideram barreiras para a promoção da continência dentro do ambiente hospitalar: outras prioridades de tratamentos frente aos problemas apresentados pelos pacientes; variação de condutas para a incontinência; e, também, a falta de capacitação por parte da equipe.

Assim, o que foi exposto acima vem corroborar a lacuna que existe na assistência prestada dentro do âmbito hospitalar ao idoso incontinente, frente à dificuldade existente na detecção da IU e no cuidado de enfermagem específico nestas situações.

Na dissertação de mestrado desta pesquisadora, (HONÓRIO, 2006), pôde-se desenvolver um estudo junto a idosos com incontinência urinária em nível ambulatorial. Apesar de o foco do estudo não ter sido diretamente os clientes hospitalizados, ele permitiu tecer várias considerações a respeito do paciente incontinente. Primeiramente, foi possível comprovar na prática que as terapias conservadoras, não invasivas, incluindo a reeducação do assoalho pélvico inferior, são eficazes nos tratamentos de alguns tipos de incontinência urinária. Ao findar a pesquisa, além de várias outras conclusões, algumas inquietações passaram a surgir. Isso porque, durante o estudo, percebeu-se que a maioria dos idosos, apesar de já terem vivenciado anteriormente cirurgias, internações e outros tratamentos, não haviam sido orientados e cuidados, sob nenhum aspecto, para o manejo da IU. Estes dados nos apontam para outro foco de discussão: o sub-registro da incontinência urinária durante as internações hospitalares.

Tais questões, então apresentadas, despertaram a necessidade de aprofundar mais os aspectos que circundam a assistência recebida pelos idosos incontinentes durante as internações hospitalares, transcendendo o cuidado ambulatorial.

Essa nova inquietação resultou no interesse em continuar pesquisando este tema, no intuito de alertar e contribuir de alguma forma para um novo olhar da equipe de saúde ao cliente incontinente

hospitalizado.

Associado a isto, são escassas as pesquisas que consideram a especificidade de mulheres idosas hospitalizadas, (KIKUCHI et al., 2007; BYLES et al., 2009), apesar da existência de diversos estudos quanto aos fatores de risco para a IU, os quais são, em sua maioria, voltados para populações gerais. Acrescenta-se ainda o fato de que alguns resultados de pesquisa mostram-se por vezes contraditórios, considerando que, de acordo com a metodologia adotada, diferentes fatores têm apresentado influência no estabelecimento da IU.

Considerando tais apontamentos, a pesquisa desenvolvida estabeleceu o desafio de buscar respostas para o seguinte questionamento: Qual a prevalência de incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas nos setores de Clínica Médica de hospitais públicos de Florianópolis e como estas vêm sendo assistidas durante o processo de hospitalização?

Com base nesta pergunta de pesquisa e frente aos apontamentos realizados a respeito do paciente incontinente hospitalizado, defendo a tese de que: **Há uma alta prevalência de incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas e esta não vem sendo registrada pela equipe de enfermagem.**

O problema acima delimitado e a escolha do foco da proposta apresentada foram motivados, primeiramente, pela afinidade da pesquisadora com a área do envelhecimento, sobretudo no que se refere a pessoas idosas incontinentes. Em segundo lugar, o tema escolhido é de grande relevância, visto que ainda é um campo de atenção que vem crescendo, por parte da enfermagem, apenas em nível ambulatorial, associado ao fato de existirem poucos estudos com foco na mulher idosa hospitalizada. Portanto, faz-se necessário ampliar os conhecimentos da enfermagem voltados também ao cliente idoso hospitalizado, salientando a inexistência de estudos similares na realidade apresentada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Estimar a prevalência e fatores associados da incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas e identificar as estratégias de assistência e de educação em saúde utilizadas pelas equipes de enfermagem destes hospitais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da incontinência urinária no grupo de mulheres estudadas segundo o autorrelato dessa disfunção;
- Identificar e relacionar a ocorrência da incontinência urinária com os achados clínicos e as principais características das mulheres estudadas para o levantamento dos possíveis fatores predisponentes;
- Verificar como a equipe de saúde registra a ocorrência da incontinência urinária nas pacientes idosas hospitalizadas;
- Conhecer as estratégias de cuidado e educação em saúde utilizadas pelas equipes de enfermagem na assistência às mulheres idosas incontinentes hospitalizadas nos dois serviços estudados.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para que se compreenda as altas incidências do acometimento da incontinência urinária no idoso e os principais fatores predisponentes desta disfunção nas mulheres que vivenciam o processo de envelhecimento, é imperativo que se conheça a anatomia do trato urinário feminino, bem como a fisiologia da micção. Sendo assim, a seguir será apresentado um panorama geral das transformações ocorridas no trato geniturinário com o processo de envelhecimento, as principais características estruturais e funcionais dos órgãos que compõe o trato urinário feminino, bem como os mecanismos que participam da fisiologia da micção.

3.1 ANATOMIA DO TRATO URINÁRIO FEMININO E FISIOLOGIA DA MICÇÃO

A **pelve feminina** é considerada o arcabouço ósseo, sendo constituída pelo sacro e cóccix, o que vem a proteger as estruturas situadas no interior na mesma, incluindo todo o trato urinário inferior.

A **uretra feminina** constitui-se em um tubo muscular, podendo medir de 3 a 5 centímetros (cm), tendo um diâmetro aproximado de 7 a 8 milímetros (mm). Esta é composta por três camadas sendo uma muscular, uma submucosa e a mucosa, com a função de comunicar a bexiga com o vestíbulo vaginal, no meato uretral externo, sendo responsável pela continência da urina na bexiga e o transporte dessa urina para o meio externo.

A **parede vesical** é constituída de musculatura lisa que recebe o nome de detrusor. Este, por sua vez, é inervado por nervos simpáticos, responsáveis pela contração da bexiga para o esvaziamento da mesma. Nas fases de enchimento da bexiga, as células musculares aumentam seu comprimento de forma a permitir o acúmulo progressivo da bexiga com a simultânea manutenção da pressão no interior da mesma, chamado de complacência.

Para que ocorra a **micção** espontânea é necessário que a bexiga acumule urina até que estímulos direcionados para o córtex cerebral interpretem que há um desejo miccional. Este mecanismo, associado a contração do detrusor, juntamente com o relaxamento do

esfíncter, permitirá a saída da urina. Essa função é controlada por três diferentes locais sendo o sistema nervoso central, os centros da micção na ponte localizada no tronco cerebral e pela medula espinhal em altura da vértebra T10 a L2 (simpático) e de S2 a S4 (parassimpático). Quando a bexiga atinge um volume entre 200 a 400 mililitros (ml), os receptores da parede vesical encaminham impulsos nervosos até a medula espinhal desencadeando o reflexo da micção – reflexo subconsciente. O desejo consciente para urinar vem através da contração vesical que promove o relaxamento do esfíncter intrínseco já que o esfíncter extrínseco apenas será relaxado após o desejo consciente do indivíduo. Além desse mecanismo, grupos musculares também são considerados coadjuvantes no processo da continência. Assim, as contrações dos músculos retoabdominais e pubococcígeo fornecem uma pressão a partir do abdome para a bexiga e uretra proximal, auxiliando no processo da continência urinária. Tendo em vista esta importante participação de grupos musculares, sabe-se que mulheres que possuem lesões em ligamentos pubouretrais e músculos levantadores do ânus, podem vir a comprometer a transmissão desta pressão acima citada, podendo levar a incontinência urinária. (GALHARDO; KATAYAMA, p. 3-25, 2007)

3.2 FUNÇÃO VESICAL E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento traz consigo inúmeras transformações, incluindo as físico-funcionais, gerando déficits quanto ao funcionamento adequado de órgãos e sistemas. O trato geniturinário (TGU) também pode ser afetado, o que segundo Pereira *et al.* (2005, p. 91), manifesta-se no idoso como urgência miccional, aumento da frequência urinária diurna, episódios de urgência miccional com micções parciais ou gotejamento urinário, além de incontinência de esforço e retenções urinárias.

Estas manifestações são conseqüências de alterações estruturais surgidas com o envelhecimento, como a diminuição da perfusão capilar dos vasos dos nervos, o que acaba por levar à isquemia e a conseqüente diminuição da densidade nervosa. Esta chamada **denervação** acaba levando a uma contração involuntária e descoordenada do detrusor, diminuindo a capacidade vesical e

podendo levar a urgência miccional. O envelhecimento do córtex cerebral vem também influenciar na função miccional, já que uma vez afetado, ele não consegue exercer na íntegra seu papel inibitório sobre os centros miccionais reflexos, favorecendo o estabelecimento de contrações não-inibidas ou acaba descoordenando o relaxamento esfíncteriano (PEREIRA *et al.*, 2005).

A **degeneração** vesical é outra alteração que ocorre com a bexiga durante o processo de envelhecimento. Ela se traduz pelo acúmulo de colágeno entre os fascículos musculares da bexiga, o que acaba culminado em uma diminuição da complacência da mesma, com perda de elasticidade. Isto vem refletir no idoso como uma diminuição da capacidade funcional, com o consequente aumento da frequência urinária no idoso. Além de o idoso passar a ter necessidade de urinar mais vezes, esta desorganização das células detrusoras, passa a gerar uma diminuição da contração da bexiga durante o momento da micção (PEREIRA *et al.*, 2005).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA

A incontinência urinária na mulher pode vir a se manifestar sob diferentes sintomas, sendo maximizadas pelo processo de envelhecimento, podendo ter causas de origem distintas e uma gama de possíveis tratamentos. Não se pretende como objetivo deste estudo caracterizar o tipos de incontinência urinária que afetam as mulheres que serão sujeitos da pesquisa, porém acredita-se que um maior conhecimento das diferenciações existentes dentro do “universo” da incontinência, facilite na compreensão dos achados e dados levantados nas etapas futuras de coleta e análise dos dados. Assim, dentre os diferentes tipos de incontinência, optou-se aqui em trazer a abordagem apresentada por Bruschini (p. 83, 2005) o qual traz oito conceituações para a incontinência urinária feminina:

Incontinência urinária transitória

Ocorre geralmente em situações esporádicas, pode surgir a partir da associação de fatores como as perdas surgidas em decorrência do pós-parto ou até mesmo após um quadro de infecção

urinária. Normalmente as perdas costumam cessar após a resolução desses fatores.

Incontinência urinária de esforço genuína

Geralmente ocorre em função da perda de sustentabilidade das estruturas do assoalho pélvico. Nestes casos, geralmente há a preservação da integridade do mecanismo esfinteriano uretral, porém, podendo apresentar anormalidades anatômicas externas.

Incontinência urinária por insuficiência esfinteriana uretral intrínseca

Este tipo de incontinência pode vir a surgir como consequência de após traumas pélvicos que levaram a fraturas ou mesmo por lesão à musculatura e inervação da uretra. Sendo assim, as perdas independem de hiper mobilidade do detrusor ou esforços.

Incontinência por urgência miccional

Possui sua causa relacionada à contração involuntária gerando uma necessidade urgente de micção por parte do paciente ou mesmo de perda urinária.

Incontinência neurogênica

Pode ocorrer por lesões em sistema nervoso, o que pode gerar hiper-reflexia vesical e atonia esfinteriana vesical, culminando em perdas urinárias.

Incontinência por transbordamento (ou paradoxal)

Geralmente decorre de problemas obstrutivos ou neurológicos e as perdas acontecem pelo enchimento da bexiga até o seu limite anatômico, onde então a urina começa a ser eliminada. Este tipo de perda pode ocorrer após hiperdistensões vesicais, podendo ser transitória ou não, dependendo do grau de distensão ao qual a bexiga sofreu.

Incontinência por malformações congênitas

Incontinências provenientes de malformações como epispádias, extrofias, persistência de cloaca e ectopias uretrais.

Incontinência por comunicações fistulosas

São incontínências tidas como consequências de comunicações surgidas do ureter, bexiga ou uretra, em geral para a vagina. Pode advir de iatrogenias pós-cirúrgicas ou após radioterapias ou quimioterapias.

Acima, apresentou-se uma breve revisão do funcionamento do sistema urinário feminino e as transformações ocorridas com o processo de envelhecimento. Entretanto, para sustentar teoricamente este trabalho, outros temas precisaram ser aprofundados, dentre eles o conhecimento acerca dos possíveis fatores relacionados às perdas urinárias na idosa.

A prevalência de IU no Brasil ainda é apresentada apenas como estimativa, baseando-se em estudos regionalizados ou mesmo comparando-se às realidades vivenciadas por outros países. Tomando como referência essas informações, infere-se que a prevalência da IU é alta, sendo mais significativa nas faixas etárias mais avançadas (MELO et al., 2012 ; LAZARI, LOJUDICE, MAROTA, 2009), o que leva a crer que a idade por si só é um fator de risco e contribui para o aumento da ocorrência da IU.

O trato geniturinário pode ser afetado com o processo de envelhecimento e, especificamente na mulher, a IU pode vir a se manifestar por meio de diferentes sintomas. Além disso, as causas da IU na mulher idosa podem ter origens distintas, assim como existe um grande espectro de possíveis tratamentos.

Dentre os possíveis fatores relacionados a esse problema, pode-se destacar as drogas betabloqueadoras, bloqueadores de canais de cálcio e os diuréticos (PORTO et al., 2003); obesidade, constipação intestinal ou hipertensão arterial (HIGA; LOPES, 2005); menopausa e a consecutiva diminuição de estrogênio (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Entretanto, alguns possíveis fatores considerados de risco para a IU ainda mostraram-se controversos, causando discussões a respeito da real interferência destes no estabelecimento da disfunção, sendo estes apresentados e discutidos a seguir:

3.4 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Os antecedentes gineco-obstétricos são informações importantes para a compreensão da instalação da IU na mulher com o processo de envelhecimento, apesar de muitos achados ainda apresentarem dados

divergentes, sobretudo quanto à real influência do tipo de parto e do número de gestações para o estabelecimento da IU.

Dos estudos que procuraram realizar uma correlação entre IU e paridade observou-se que o número de partos foi considerado como fator importante, capaz de interferir no estabelecimento da IU (HIGA, LOPES, 2005; SILVA, SANTOS, 2005; HIGA, LOPES, 2008; MOURÃO et al., 2008; JOÃO et al., 2009; SCARPA et al., 2008; LIMA, CARVALHO, MARTINS, 2007; SLAZAR et al., 2005; DELLU, ZACARO, SCHMITT, 2008).

O tipo de parto é também considerado um fator de risco, tendo em vista que gestantes que tiveram um maior número de partos normais em seu histórico de paridade desenvolveram mais IU, se comparadas a gestantes com maior índice de cesariana (HIGA, LOPES, 2005; SILVA, SANTOS, 2005; HIGA, LOPES, 2008; MOURÃO et al., 2008; AMARO et al., 2009). Apenas dois trabalhos apresentaram que a diferença entre o tipo de parto não foi significativa para o desenvolvimento de IU (DELLU, ZACARO, SCHMITT, 2008; ZHU et al., 2010).

Acredita-se que em regiões em que o percentual de cesarianas eletivas seja muito alto devido a questões culturais ou socioeconômicas, as mulheres podem apresentar prevalência baixa de incontinência urinária ao esforço (IUE), mesmo sendo múltiparas (GOMES; SILVA, 2010). Desta forma, a cesariana foi considerada um fator protetor para a IU, uma vez que estudos apontaram menor incidência em mulheres que apenas passaram por partos dessa natureza em sua história obstétrica (MELVILLE et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2010; DOLAN, HILTON, 2010). Entretanto, um estudo apontou dados complementares uma vez que o parto cesáreo apenas quando não precedido de contrações não se associou a IU por esforço (BORGES et al., 2010). Dado este que leva a crer que as contrações e não o tipo de parto pode ser fator de interferência para a o estabelecimento da IU.

Não só o tipo de parto, mas também o número de gestações apresentaram relação para a ocorrência de IU, levando em consideração a sobrecarga de peso na estrutura física feminina durante o período gestacional (HAM et al., 2009; CONNOLLY et al., 2007; FILIZ et al., 2006). A ocorrência de episiotomia durante o parto e a realização de cirurgias ginecológicas prévias também foram identificadas como fator de risco (HIGA, LOPES, 2005, MOURÃO et al., 2008; LIMA, CARVALHO, MARTINS, 2007; ALVARO et al., 2010; SONG et al.,

2005). Dentre as cirurgias ginecológicas, a realização prévia de histerectomia teve divergência nos achados. Em apenas um estudo, mulheres que passaram por histerectomia tiveram maior chance de desenvolver IU (HAM et al., 2009), contrapondo-se a outros achados que apontam fraca associação entre histerectomia e IU (GOMES; SILVA, 2010; MILLER et al., 2008).

O climatério é outro fator que vem gerando discussões no que se refere a sua associação com a IU, devido à diminuição do nível de estrogênio e a uma conseqüente hipotonicidade do assoalho pélvico inferior. Pesquisas apontam que o climatério se mostrou associada à IU, aparecendo diferença significativa entre os tipos de incontinência para a idade e tempo de menopausa, (HIGA; LOPES, 2005; SOUZA et al., 2009), porém este fator ainda é controverso.

Um estudo com 450 mulheres, das quais 195 ainda não haviam entrado na menopausa e 255 já estavam na menopausa, mostrou que não houve grande diferença entre o grupo com ou sem menopausa no que se refere à IU, uma vez que os achados foram muito próximos. A IU esteve presente em 35,3% das mulheres com menopausa contra 38,5 do outro grupo (HERNADEZ, BOTELL, 2007). Outros estudos, porém, encontraram que mulheres em situação peri ou pós-menopausa foram mais propensas a ter IU comparando-se às mulheres com menstruação normal (ZHU et al., 2008, 2010).

Analisando-se as fases da menopausa em específico, mulheres no período perimenopausal tiveram mais chances de desenvolver IU se comparadas às mulheres no pós-menopausa (WAETJEN et al., 2009). Em estudo similar, as mulheres em estado pós-menopausal não apresentaram qualquer relação com a IU (OLIVEIRA et al., 2010). Complementando este achado, a idade de início da menopausa, bem como a reposição hormonal foram investigadas, revelando que o início da menopausa precoce, antes dos 50 anos e que ausência de terapia hormonal são fatores de risco (SAKONDHAVAT, 2007). Estudo similar, entretanto, levantou que a realização de terapia hormonal não parece estar associada com uma menor prevalência de incontinência urinária (MOGHADAS et al., 2005).

A utilização dos diferentes tipos de anestesia durante o parto ainda é um aspecto pouco abordado. A relação do tipo de anestesia foi estudada em apenas um dos artigos, através de um estudo de revisão onde foram encontradas apenas duas pesquisas, uma apontando a anestesia epidural como um fator de risco, e outra como sendo um fator

de proteção (HIGA, LOPES, 2008).

3.5 INCONTINÊNCIA URINÁRIA, ATIVIDADE FÍSICA E OBESIDADE

As atividades físicas podem aparecer como causadoras de IU, especificamente as que requerem esforço, podendo ser intensificadas pelo processo de envelhecimento, tendo em vista o dano muscular e a fadiga ao assoalho pélvico, além do aumento da pressão abdominal e deficiência hormonal (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007). Alguns artigos descrevem que as práticas de exercícios com muito esforço e alto impacto podem levar ao desenvolvimento da IU (HIGA, LOPES, 2008; CAETANO, TAVERES, LOPES, 2007; SANTOS et al., 2009).

Em outro estudo, feito com trinta e sete (37) corredoras, encontrou-se a prevalência de 62,2% com queixas de incontinência urinária, sendo a média de idade de trinta e cinco (35) anos (ARAÚJO et al., 2008).

Apesar de esses tipos de atividades serem reduzidas com o aumento da idade, sabe-se que as próprias atividades laborais ou até mesmo rotineiras culminam em ações que contribuem para o aumento da pressão abdominal, acarretando em perdas aos esforços. Em um estudo realizado com profissionais de enfermagem mulheres, levantou-se que atividades que exigiam maior esforço diário como carregar peso, empurrar maca e cadeiras de rodas tornaram a IU mais frequente (HIGA, 2004).

Se de um lado os exercícios e a atividade de alto impacto são fatores contribuintes para o estabelecimento da IU na mulher, sendo isto agravado na pessoa idosa, o contrário também se mostra um importante fator de risco, uma vez que a ausência desta prática pode trazer alguns prejuízos, dentre eles, a maior probabilidade em ter perdas urinárias. A inatividade e a dependência, presenciadas com maior frequência no idoso, são percebidas do ponto de vista urológico como grandes responsáveis por quadros de incontinência. Em estudo feito com idosos com idade acima de 70 anos, constatou-se que 34% das mulheres tinham incontinência urinária, mas a atividade física apresentou-se como um efeito potencialmente benéfico para a sua prevenção, corroborando a importância da realização de atividade física por pessoas idosas

(KIKUCHI et al., 2007).

Estima-se que quanto maior a dependência do idoso, maior a prevalência da IU, podendo ter como fatores associados: depressão, sexo feminino, idade avançada e limitação funcional (TAMANINI et al., 2009). Pesquisa realizada com 400 idosos acima de 60 anos encontrou relação da funcionalidade com IU, uma vez que 44,34% dos pacientes independentes tinham IUE, ao passo que este número aumentou para 55,6% no grupo de pacientes dependentes (VARELA et al., 2005). Dados levantados com idosos institucionalizados mostraram que a prevalência de IU foi de 57% entre os idosos acima de 60 anos, havendo correlação entre IU e imobilidade, chegando a 95% dos casos (BUSATO; WILSON; MENDES, 2007). Além disto, a inatividade e dependência podem trazer como consequência o sobrepeso ou obesidade, que também apareceram como fatores de risco para a IU (HIGA, LOPES, 2008).

Alguns trabalhos na literatura apontam uma relação direta entre o grau de obesidade e a severidade da IU. Em um estudo feito com 65 mulheres incontinentes, buscou-se relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a IU, porém não foi encontrada qualquer relação, mesmo considerando-se vários índices de obesidade (OLIVEIRA et al., 2011). Outro estudo também não encontrou relação direta entre IMC, tempo de menopausa e paridade (SOUZA et al., 2009). Contrapondo-se a esses achados, pesquisas semelhantes apontaram fortes evidências quanto à relação direta da IU com IMC elevado (AMARO et al., 2009; DOLAN, HILTON, 2010; TOWNSEND et al., 2008; WAETJEN et al., 2007). As mulheres com IMC maior ou igual a 30 tiveram aproximadamente duas a três vezes mais chance de ter IU, se comparadas com as mulheres com IMC menor do que 25. (LOPEZ; ORTIZ; VARGAS, 2009).

Em um estudo prospectivo feito com mulheres com idade entre 37 e 54 anos revelou que a alteração de peso mostrou ser importante fator associado com a IU (TOWNSEND et al., 2008). O fato de ter engordado e emagrecido aumentou a chance de apresentar IU em 26 vezes e ter emagrecido 4,2 vezes, em comparação com a não mudança de peso. Entretanto, a alteração de peso não tem sido pesquisada como fator de risco para IU e, de fato, os estudos sugerem que a diminuição do peso poderia reduzir a ocorrência da mesma (HIGA; LOPES, 2005).

3.6 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DOENÇAS CRÔNICAS

O processo de envelhecimento traz consigo uma gama de multipatologias crônicas e outros distúrbios, que aumentam sua prevalência com a idade. Neste sentido, a IU é uma dessas alterações que se torna ainda mais presente quando associada a outros fatores de risco ou predisponentes. Os estudos encontrados em destaque abaixo procuram correlacionar os achados de IU com outras doenças prévias.

Em pesquisa realizada com 1.120 idosos a IU foi encontrada em 35,2% deles, sendo que 91% desses idosos apresentavam entre um (01) e cinco (05) problemas crônicos. A IU foi mais frequente entre os mais idosos (DUARTE; REGO, 2007).

No âmbito das doenças crônicas propriamente ditas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são considerados importantes fatores de risco. Quanto às comorbidades associadas, observou-se que 33,33% dos indivíduos com queixas urinárias apresentavam HAS e deste, 38,1% faziam uso de diuréticos. Observou-se ainda que as mulheres que tinham HAS tinham 3,8 vezes mais chances de desenvolver IU (MOURÃO et al., 2008). Acredita-se que isto ocorra possivelmente pelo uso de diuréticos, no entanto, em pesquisa realizada com mulheres hipertensas, a IU não esteve associada ao uso deste medicamento (HIGA; LOPES, 2005).

Em relação ao DM, alguns estudos apontam a relação direta da ocorrência de IU em pacientes acometidas com essa doença (DANFORTH et al., 2006; OZERDOGAN, BEJI, YALÇIN, 2004). Um estudo específico identificou que entre as mulheres diabéticas os tipos mais prevalentes foram a IU por esforço e a mista (IZCI et al., 2009). Vários mecanismos têm sido discutidos, considerando-se a influência da DM na IU, mas uma das hipóteses é a de que as complicações microvasculares podem alterar a inervação e a função do detrusor (SARMA et al., 2009).

Outro estudo, porém, não evidenciou associação de DM com IUE especificamente. Vale ressaltar, no entanto, que considerando-se a obesidade como importante fator de risco para o DM tipo 2, a existência da primeira variável pode afetar os resultados de estudos que avaliam fatores de risco (GOMES; SILVA, 2010). Ao analisar os dois tipos de DM, um estudo encontrou diferença entre os grupos de mulheres com DM insulino e não insulino-dependentes, com idades entre 50 e 90 anos. A IU foi relatada em 22% das mulheres e a DM insulino-dependente

teve associação com IU, ao contrário da não insulino-dependente (LEWIS et al., 2005).

Apesar de a HAS e a DM terem sido as duas doenças crônicas com mais associação com a IU nos estudos selecionados, outras patologias associadas apareceram, como osteoartrose, doença ulcerosa péptica e doença cardíaca (TSAI; LIU, 2009). Infecção do trato urinário, bem como uso de diuréticos, também influenciaram para altas taxas de prevalência de IU em mulheres, 56,3% e 50%, respectivamente (SHAKHATREH, 2005). Além de HAS e DM, a ocorrência de acidente vascular encefálico também apresentou importante associação com IU (SANTOS; SANTOS, 2010).

A ocorrência de depressão e IU apresentou associação em quatro estudos, porém o uso de antidepressivos serotoninérgicos não pareceu ser associado com uma menor prevalência de incontinência urinária (MELVILLE et al., 2005; OLIVEIRA, 2010; DUARTE, REGO, 2007; JACKSON et al., 2004).

3.7 HÁBITOS DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Os hábitos de vida, adquiridos com os anos, podem influenciar sobremaneira a condição de saúde do idoso. Especificamente na função urinária, hábitos alimentares, intestinais, tabagismo e etilismo podem aumentar as chances da ocorrência de IU. Um dos pontos de discussão e que se mostrou unânime nos estudos analisados foi a influência da constipação intestinal na ocorrência de IU (HIGA, LOPES, 2005, 2008; MOURÃO et al., 2008; ARAÚJO et al., 2008).

Em uma análise multivariada, observou-se que as mulheres participantes do estudo com constipação intestinal tinham 3,1 vezes mais chances de desenvolver IU (MOURÃO et al., 2008). Outros trabalhos encontrados também mostram essa relação, corroborando a importância de um funcionamento intestinal regular para minimizar as perdas urinárias (HIGA, LOPES, 2008; SONG et al., 2005; DUARTE, REGO, 2007). Especificamente sobre os hábitos alimentares, um estudo específico para avaliar a associação entre alimentação e IU, identificou que a ingestão de gordura total, ácidos graxos saturados e ácidos graxos monoinsaturados foi associada a um risco aumentado de IU de urgência. Dos micronutrientes estudados, o consumo de zinco e vitamina B12,

foram associados com IU de urgência (DALOSSO et al., 2004).

Ainda dentro dos hábitos alimentares, o consumo inadvertido de cafeína parece ter relação direta na função detrusora, sendo considerado um irritante vesical e tendo associação significativa com a IU (HIGA, LOPES, 2008; KINCADE et al., 2007).

Um estudo realizado com 4.309 mulheres encontrou relação da cafeína e IU quando o consumo desta é igual ou superior a 204 miligramas (mg)/dia ou 08 xícaras/dia (GLEASON et al, 2013).

Outros hábitos de vida também apontam relação com a IU, tendo aparecido, nos estudos, o tabagismo e ingestão de álcool; porém a real influência de tais hábitos ainda é controversa. Especificamente para o tabagismo, a interferência da nicotina na contração do detrusor e a ocorrência de tosse crônica em fumantes poderiam ser apontadas como causadoras das perdas urinárias. Neste sentido, um trabalho encontrou associação significativa da IU com o tabagismo (HIGA; LOPES, 2008). Um estudo randomizado realizado com 3.000 mulheres identificou que os sintomas de urgência e aumento da frequência urinária são três vezes mais comuns em mulheres fumantes comparando-se às que nunca fumaram (TAHTIEN et al., 2011). Em outros dois estudos, no entanto, o tabagismo não apresentou associação significativa (GOMES, SILVA, 2010; BYLES et al., 2009).

Referente ao consumo de álcool, este é visto como possível fator de risco para a IU (JACKSON et al., 2004). Contudo, em pesquisa realizada com mulheres acima de 60 anos mostrou que o consumo de álcool não aumentou o risco de IU (HSIEH et al., 2007). Corroborando este achado, pesquisa realizada com 298 mulheres das quais 82 tinham perdas urinárias, encontrou-se que a prevalência de IU entre as mulheres que consumiam álcool foi ligeiramente maior entre as que não consumiam. Devido a poucos estudos nesta área, sugere-se aprofundamento das questões que envolvem a influência do consumo de álcool para a IU (LEE, HIRAYAMA, 2012).

Considerando-se os estudos acima apresentados percebe-se que há uma gama de possíveis fatores de risco que envolvem os quadros de IU, embora muitos deles divergentes entre si. Independente de tais fatores, percebe-se uma alta prevalência de IU, sendo estes índices apresentados a seguir.

3.8 PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES

Os índices de prevalência da IU na mulher podem variar, porém vários fatores podem contribuir para o aumento da prevalência. Entre esses fatores, idade é um dos mais importantes. Mulheres com idades entre 50 e 54 anos têm quase 02 vezes mais chances de ter incontinência grave em comparação com mulheres com idade inferior a 40 anos (DANFORTH et al., 2006; ROHR et al., 2005). Ao analisar as idades das mulheres com IU, percebeu-se que a prevalência foi de 20% entre mulheres com menos de 60 anos de idade e 44% entre aquelas com idade superior a 80 anos (LAZARI; LOJUDICE; MAROTA, 2009).

Em um estudo em que 84 mulheres (54,9%) eram incontinentes e 69 (45,1%) continentas, a idade média das participantes dos dois grupos foi de $66,71 \pm 5,4$ anos, o que pode ser considerado uma idade avançada, já que a mesma determina um envelhecimento natural das fibras musculares com conseqüente hipotrofia ou substituição delas por adipócitos, o que, no assoalho pélvico, pode contribuir de maneira efetiva para o estabelecimento de perdas urinárias (SOUZA et al., 2009).

Em pesquisas realizadas com idosos acima de sessenta (60) anos, a prevalência da IU nas mulheres ficou entre de 26% e 29% (KIKUCHI et al., 2007; BYLES et al., 2007). Estas prevalências, que já são altas, têm seus números mais incrementados quando se passa a estudar tais índices juntamente a pacientes hospitalizados ou institucionalizados.

Pesquisa com vinte e duas (22) idosas asiladas com idade de sessenta (60) anos, ou mais, verificou que 31,8% delas perdiam urina várias vezes ao dia e 22,7% perdiam duas a três vezes por semana (LAZARI; LOJUDICE; MAROTA, 2009). Outros estudos com pacientes hospitalizados também levantaram índices de IU, chegando a 35% do total de hospitalizados investigados (77), sendo que 22% foram da Clínica Médica. Os maiores índices tiveram correlação com menor tempo de internação, sexo feminino, presença de disúrias e infecções urinárias (SILVA; SANTOS, 2005).

Ao mesmo tempo em que a IU é vista como sinônimo de envelhecimento, estudo comparativo determinou que a idade média similar entre as pessoas com e sem IU contribuiu, mais uma vez, para o rompimento do mito do envelhecimento como fator causal isolado da IU tendo em vista que 59,3% tinham menos de 45 anos e 14,8% mais de 60 anos (SILVA; SANTOS, 2005). Contrapondo-se a este achado, outros

dados, levantados com pessoas entre 16 e 66 anos, determinaram que a IU foi mais significativa na faixa etária acima de 51 anos (HIGA; LOPES, 2005).

Dentre os vários tipos de IU, a incontidência mista apareceu como sendo um dos tipos mais recorrentes em um dos estudos, com prevalência de 57,9% (HIGA; LOPES, 2006). Em pesquisa feita com mulheres chinesas, constatou-se que a IU mista aumentou com a idade, sendo que 24,7% tinham de setenta (70) anos (ZHU et al., 2010).

Estudos que se propuseram estudar a prevalência por tipo de incontidência, identificou que a mais prevalente entre mulheres idosas foi a incontidência por urgência (JOÃO et al., 2009; DELLU, ZACARO, SCHMITT, 2008; SLAZAR et al., 2005; VARELA et al., 2005). Contrapondo-se ao encontrado nesses estudos, outro, porém, levando em consideração a variável idade, não encontrou associação estatisticamente significativa com IUE (GOMES et al., 2010).

Frente aos achados nessa revisão integrativa, é possível apontar vários fatores de risco para IU. Entretanto, alguns resultados mostraram-se por vezes contraditórios, apontando diferentes fatores associados à IU na mulher.

A busca pelo estado da arte mostrou que os principais fatores de risco vinculados à mulher incontinente foram relacionados, sobretudo, aos fatores gineco-obstétricos incluindo paridade, tipo de parto, presença de episiotomia, cirurgias ginecológicas prévias e menopausa. Percebeu-se que a influência do tipo de anestesia ainda merece estudos aprofundados, já que essa foi uma questão que apareceu em apenas um artigo.

No que se refere à prevalência da IU por tipo de perdas, a IU por urgência mostrou ser mais comum entre as mulheres idosas, corroborando as transformações físico-funcionais que ocorrem em virtude do processo de envelhecimento.

Considerando-se os resultados apontados acima, os estudos levantados e analisados para esta revisão, apesar de terem delimitado prevalências e alguns fatores relacionados com a IU, não tiveram como foco o processo de hospitalização, sendo que este apareceu como fator de risco em apenas um dos trabalhos, porém como um achado secundário.

Dessa forma, a revisão da literatura realizada vem corroborar a relevância da pesquisa realizada, cuja proposta é focar a idosa hospitalizada, com levantamento dos fatores específicos que contribuem

para o estabelecimento da IU, incluindo dados importantes não ressaltados nos trabalhos supracitados, como hábitos alimentares, uso de medicamentos e a própria hospitalização como sendo um importante fator de risco.

3.9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À IDOSA COM IU

Apesar de os hábitos de vida e de saúde desenvolvidos ao longo dos anos ainda serem controversos quanto à sua real influência no surgimento da incontinência urinária, trabalhos apontam que as modificações em tais hábitos podem contribuir para a minimização dos sintomas através da reabilitação do trato urinário inferior (HONORIO, SANTOS, 2010; GLASHAN, LELIS, BRUSCHINI, 2003; GLASHAN et al., 2002). De forma sumarizada, este tratamento consiste em estimular mudanças comportamentais e de hábitos do paciente, incluindo orientações sobre os hábitos de vida, promoção do autocuidado e preenchimento de diário miccional associado a exercícios perineais (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Em experiência recente, vivenciada por um grupo de enfermeiros em um ambulatório de urogeriatria, constatou-se que este tipo de tratamento pode ser introduzido ainda que a incontinência não esteja em fase inicial. Observou-se, também, que o benefício transcende a melhora dos parâmetros miccionais, pois receber informação e ser orientado por um profissional a respeito de como lidar com esse problema é uma estratégia de promoção da saúde (CALDAS et al., 2010).

Diante das alternativas possíveis ao tratamento da idosa com IU de forma conservadora e não invasiva apresenta-se às citadas por Hamanaka, Fera e Glashan (2005, p.445), que podem ser realizadas por enfermeiros, ressaltando que antes da escolha do tratamento recomendado a cada caso, faz-se necessário a avaliação médica prévia:

Diário miccional- instrumento que auxilia ao enfermeiro programar as intervenções, permitindo que estas possam ser avaliadas antes, durante e após o tratamento. Por ser de fácil aplicação, sendo possível utilizá-lo tanto em instituições de saúde como no próprio domicílio pelo idoso. O diário miccional fornece informações importantes como hábitos urinários e de ingesta hídrica, volume

ingerido, bem como eliminado, auxiliando assim também para a identificação do tipo de incontinência.

Ingesta alimentar e hídrica- o paciente deve ser estimulado a realizar uma adequação de seus hábitos alimentares uma vez que alguns alimentos podem ser considerados irritantes vesicais, agravando os quadros de perdas por urgência, como cafeínados, refrigerantes carbonatados, alimentos ácidos, embutidos e picantes.

Além da ingesta alimentar, os hábitos de ingesta hídrica também devem ser reforçados uma vez que contribuem para uma melhora da função intestinal, reduzindo os problemas de constipação intestinal, associado ao consumo de dieta rica em fibras, horário estabelecido para evacuar e massagem abdominal.

Micção programada- consiste em uma alteração voluntária do padrão miccional, onde se encoraja o paciente a programar seu padrão miccional, em horários de idas ao banheiro pré-programados. Esta orientação auxilia sobremaneira os pacientes com urgência miccional ou urge-incontinência.

Modificações do meio ambiente e de vestimentas- o acesso ao banheiro deve ser verificado com a intenção de minimizar os obstáculos, retirando objetos do caminho, além de possibilitar que seja um ambiente limpo e arejado. Além disso, podem ser colocadas barras de segurança e pisos antiderrapantes para favorecer a segurança e o acesso ao banheiro. Além dos aspectos estruturais, os relacionados às vestimentas também devem ser observados, preferindo sobretudo aos pacientes com urge-incontinência, a utilização de roupas de fácil abertura e retirada.

Nesses casos em especial, a distância do banheiro, a falta de iluminação adequada ou roupas de difícil retirada podem contribuir para que as perdas urinárias ocorram com maior frequência (CONTRERAS et al., 2007).

Estímulo ao autocuidado- o paciente deve ser estimulado a ser co-partícipe de seu tratamento, sendo ativo nos processos de mudança; com isto, acredita-se que se tenha mais chances de recuperar a continência, melhorando também a autoestima, independência e o próprio convívio social.

Exercícios perineais- estes exercícios são indicados para fortalecer a musculatura pélvica, aumentar a resistência periuretral e reduzir ou eliminar, por conseguinte, as perdas urinárias. Os exercícios consistem em contração e relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, por tempos e intervalos pré-orientados. A realização correta dos exercícios é importante para o alcance dos resultados e para tanto, é imprescindível que o idoso seja orientado para que mantenha relaxado durante os exercícios os músculos abdominal, glúteo e quadríceps femoral.

Em um estudo de intervenção realizado com 11 idosas, com idade média de 74,2 anos, constatou-se que após o tratamento, que incluía sessões semanais em grupo de exercícios para reforço da musculatura do assoalho pélvico, a média do número de situações de perdas urinárias aos esforços reduziu de 3,72 para 1,5 (SILVA, NASCIMENTO, PAIVA, 2011).

Biofeedback- trata-se de um método de ensino demonstrativo que baseia-se em um instrumento computadorizado que pode ser utilizado para auxiliar o paciente na realização e contração correta da musculatura perineal

Exercícios perineais com resistência- estes exercícios podem ser realizados através do uso de cones vaginais, que são instrumentos em forma de cones, que possuem o mesmo tamanho, porém com pesos diferentes. Eles auxiliam no desenvolvimento da consciência em contrair e sustentar corretamente a musculatura perineal.

Em estudo realizado com 12 mulheres apresentando queixa de incontinência urinária, com idade média de $52,3 \pm 9,7$, submetidas a 10 sessões, duas vezes na semana, divididas em dois grupos, sendo seis mulheres utilizando exercícios perineais e as outras seis, utilizando cones vaginais, foi observado, para ambos os grupos, diminuição estatisticamente significativa da perda urinária ($p \leq 0,05$), ganho de contração muscular do assoalho pélvico e diminuição significativa da sensação de umidade (MATHEUS et al., 2006).

Eletroestimulação vaginal/anal- trata-se de um instrumento que possibilita a contração da musculatura perineal através de estímulos elétricos, de forma passiva e involuntária, através da colocação de um transdutor vaginal ou mesmo anal. Estes estímulos favorecem o

fortalecimento da musculatura pélvica e inibição das contrações involuntárias do detrusor.

As possibilidades de tratamento à idosa com IU são diversas cabendo ao enfermeiro capacitar-se e apropriar-se das técnicas e conhecimentos existentes. Infere-se assim, que a atuação do enfermeiro voltado para o ensino do autocuidado é viável, demonstrando resultados positivos na prática, podendo ser desenvolvido a nível ambulatorial, hospitalar ou mesmo domiciliar. A assistência de enfermagem, em consonância com a rede apoio social e familiar do idoso, é capaz de ser inovadora e participativa, na medida em que os pacientes tornam-se ativos nos processos de tratamentos e nas mudanças comportamentais, sendo o enfermeiro apenas um facilitador do processo (HONÓRIO; SANTOS, 2010).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo prospectivo e transversal. Optou-se pela junção dessas duas abordagens, pois através delas se espera obter um melhor entendimento do objeto de estudo, traçando-se um panorama da realidade do acometimento da incontinência urinária na mulher idosa, auxiliando na resposta ao problema de pesquisa traçado. O uso dessas duas abordagens combinadas vem favorecer sobremaneira uma melhor compreensão do problema de investigação (CRESWELL; CLARK, 2007).

A utilização de ambas abordagens pareceu ser o percurso metodológico mais adequado, pois se considerou importante valorizar tanto os dados objetivos, extraídos dos prontuários e diretamente do relato das pacientes, quanto os cuidados dispensados pela equipe de enfermagem a esta clientela. A análise inicial dos prontuários, isoladamente, permitiria apenas ter bases para a avaliação dos registros da equipe de saúde a respeito das eliminações urinárias, além de obter de forma incompleta e superficial os aspectos relacionados especificamente às pacientes idosas quanto à história progressa e aos hábitos de vida.

Tratando-se do objetivo maior desta pesquisa, que está voltado não só à estimativa da prevalência e ao levantamento dos fatores de risco da IU, mas também a um conhecimento da realidade hospitalar quanto aos cuidados dispensados às pacientes incontinentes, tornou-se imperativo expandir o olhar para a perspectiva das idosas e dos próprios enfermeiros.

Considerando-se as necessidades de investigação acima apontadas, a pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo de revisão inicialmente realizado para dar base à elaboração do instrumento de coleta de dados, bem como para dar sustentação teórica às discussões sobre os achados. Para o alcance dos objetivos do estudo, utilizaram-se três fontes de coleta de dados: coleta de informações em prontuários, questionário aplicado com as pacientes selecionadas, além de se valer de entrevista semiestruturada com os enfermeiros das duas instituições envolvidas, sendo as descrições de cada etapa apresentadas no decorrer deste capítulo.

4.2 PESQUISA DE CAMPO

4.2.1 Local do estudo

A pesquisa ocorreu nas unidades de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), ambos localizados na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A escolha pelas unidades de Clínica Médica (CM) foi definida tendo-se em vista as peculiaridades destas; além disso, levou-se em consideração o fato de que nesses serviços os pacientes idosos permanecem longos períodos internados, favorecendo a coleta de dados e o alcance dos objetivos traçados. A decisão por escolher um hospital com uma metodologia da assistência implantada, e outro hospital que não a possui, deveu-se ao fato de assim ser possível avaliar também se existe diferença entre os resultados encontrados.

4.2.1.1 Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Inaugurado em março de 1980, o Hospital Universitário Ernani Polydoro São Thiago é o único, em Santa Catarina, totalmente público, sendo concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão. O Hospital possui atualmente cerca de 270 leitos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva, Tratamento Dialítico, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia, Centro Cirúrgico, Serviço de Ambulatório geral e especializado, Hemodinâmica e Onc-hematologia. Conta ainda com serviço de Emergência adulto e pediátrica, bem como Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) e Central de Esterilização. Dentro do âmbito da Clínica Médica, o HU conta com 03 unidades de internação, assim distribuídas: Clínica Médica I (CM-I), que conta com internações de pacientes apenas do sexo masculino; a Clínica Médica II (CM-II) e Clínica Médica III (CM-III), com 29 cada uma, contam com leitos mistos, isto é, internam pacientes de ambos os sexos. A única forma de atendimento é através do Sistema Único de Saúde (SUS) (HU/UFSC, 2010).

Referente ao quadro de pessoal, ambas unidades possuem 8 enfermeiros, dos quais um deles desempenha o papel de chefia da

unidade, além de 24 profissionais da enfermagem de nível médio, distribuídos normalmente em 05 servidores no turno matutino, 04 servidores no turno vespertino e 03 no turno noturno. Este dimensionamento no quadro de pessoal pode oscilar de acordo com a existência de férias ou mesmo afastamentos por licenças.

4.2.1.2 Hospital Governador Celso Ramos

O HGCR é um hospital geral e público, construído na década de 60, sendo subordinado à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Sua inauguração aconteceu em 06 de novembro de 1966, pelo então Governador Sr. Ivo Silveira. Funcionando desde então, este Hospital tem como missão prestar assistência de excelência e referência à população e atuar nos campos de ensino e pesquisa. O Hospital presta serviços especializados, como Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Ambulatório, Centro de Treinamento Médico com Programa de Residência Médica, Grupo de Apoio ao Diabético (GAD), Serviço de Hemodiálise, Serviço de Plasmaferese, Serviços de Apoio e de Transplante de rim e de medula óssea. Possui 194 leitos ativados, sendo que destes, apenas 25 são destinados à unidade de Clínica Médica.

Quanto ao quadro de pessoal, esta unidade possui apenas 03 enfermeiros, dos quais 01 deles atua na assistência e também desempenha papel de chefia de enfermagem. Todos eles atuam em esquema de plantão realizando carga horária diária de 12 horas. No período noturno, o hospital conta com supervisão geral de um enfermeiro que acaba atendendo outras unidades. Referente ao nível médio, as equipes de trabalho também realizam carga horária de trabalho semanal de 30 horas, distribuídos em plantões de 12 horas. Estes são organizados em equipes de 05 profissionais para o plantão diurno e 04 profissionais para o noturno.

4.2.2 Tamanho amostral

4.2.2.1 Abordagem quantitativa

A amostra foi intencional e estratificada, não probabilística, tendo em vista que entraram no estudo todas as pacientes internadas nas

unidades de CM dos hospitais selecionados e que tivessem idade igual ou superior a 60 anos, no período de agosto de 2010 a março de 2011. Utilizou-se a estratificação da amostra com o intuito de obter-se um cálculo mais fidedigno para cada realidade incluída no estudo.

A base das informações obtidas para fins de cálculo da amostra levou em consideração dados do serviço de estatística do HU/UFSC. Considerando-se que os dois hospitais envolvidos no estudo são hospitais gerais, públicos e com especialidades credenciadas semelhantes para os serviços de Clínica Médica, as informações estatísticas referentes à taxa de internação de idosos repassadas pelo HU/UFSC também serviram de base para o cálculo da amostra do HGCR, uma vez que neste não existe serviço semelhante.

A proporção de idosos acima de 60 anos que interna anualmente nas unidades de Clínica Médica ultrapassa a 50% do total da taxa de ocupação. Considerando-se que o HU/UFSC possui duas unidades de Clínica Médica mistas, cujo número total de leitos é de cinquenta e oito (58), estima-se que vinte e nove (29) estejam ocupados por idosos, somando-se mulheres e homens. Tendo em vista que a taxa de internação hospitalar é equivalente em ambos os sexos, estima-se que 14,5 leitos sejam ocupados por mulheres idosas. Assim, em um período de doze meses, espera-se que um total de 174 leitos tenham sido ocupados por mulheres idosas. Para obter-se uma amostra representativa, foram incluídas na pesquisa 62 mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, com intervalo de confiança (IC) igual a 95% e erro amostral máximo de 10%, conforme cálculo aplicado no programa computacional SestatNet - Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web (NASSAR et al., 2009).

Seguindo-se este mesmo raciocínio, ao considerar a realidade hospitalar para idosos, o cálculo da amostra para o segundo local selecionado para este estudo – o Hospital Governador Celso Ramos, o qual dispõem vinte e cinco (25) leitos de CM, foi de quarenta e dois (42) sujeitos (IC= 95% e erro amostral máximo de 10%).

Considerando que a coleta de dados nos dois hospitais foi simultânea e o alcance de número de sujeitos calculados para a amostra no HGCR foi mais moroso, seguiu-se com a coleta concomitantemente também no HU de modo que a amostra de sujeitos deste segundo hospital ultrapassou ao que havia sido calculado como mínimo, chegando a 82 sujeitos e não 62 como esperado inicialmente. Para tanto, o total da amostra que foi incluída no estudo foi de 124 pacientes.

4.2.2.2 Abordagem qualitativa

A amostra foi intencional, tendo-se delimitado entrevistar 03 enfermeiros de cada unidade, sendo 03 de cada Clínica Médica do HU, totalizando 06 enfermeiros, e 03 da Clínica Médica do HGCR. Atualmente, este hospital conta em seu quadro funcional com apenas três 03 enfermeiros, o que significa que o número foi delimitado pela totalidade dos sujeitos atuando nesta realidade hospitalar. No HU, por sua vez, pensou-se em resgatar enfermeiros de turnos diferentes, permanecendo em seis 06 profissionais desta instituição e nove 09 no total do estudo.

4.2.3 Seleção dos sujeitos

4.2.3.1 Abordagem quantitativa (idosas e prontuários)

Como critérios de inclusão, delimitou-se:

- Ser do sexo feminino;
- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Estar internada por pelo menos 07 dias;
- Estar lúcida e orientada no momento da entrevista.

A delimitação do tempo mínimo de internação deveu-se ao fato de que o levantamento dos dados para a pesquisa levou em consideração as anotações e dados registrados pela equipe durante o período de internação. Considerou-se que a análise das informações contidas nos registros e prontuários, se feita com base em tempo inferior ao delimitado, pudesse não propiciar uma extração ampla dos dados, o que implicaria em perda de informações.

Referente à avaliação do estado cognitivo das pacientes, levou-se em consideração os registros dos prontuários, bem como a avaliação subjetiva da pesquisadora que, em um primeiro contato com a idosa pôde confirmar o estado de lucidez e orientação da mesma para responder ao instrumento proposto.

4.2.3.2 Abordagem Qualitativa (Enfermeiros)

Como critérios de inclusão dos sujeitos, delimitou-se:

- Atuar em uma das duas instituições envolvidas na pesquisa.
- Ser membro atuante da equipe de enfermagem independente do tempo de atuação na unidade.
- Não estar de férias ou afastado das atividades normais de trabalho.

4.3 VARIÁVEIS

4.3.1 Variável dependente

Incontinência urinária: toda perda de urina involuntária relatada pela idosa, seja ela permanente ou transitória, sendo classificada em IU por esforço, IU mista e IU por urgência e categorizada em possui ou não possui.

4.3.2 Variáveis independentes

As variáveis do estudo foram agrupadas pela similaridade dos fatores e divididas em: dados ginecológicos, dados obstétricos, dados comportamentais, dados urológicos, dados pessoais e dados dos registros. As variáveis estão descritas abaixo e classificadas em Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO) e Quantitativa Discreta (QTD).

Dados pessoais:

Idade (QTD): número de anos completos, levando-se em conta a data de nascimento relatada pela paciente e registrada no questionário em anos.

Tempo de internação (QTD): período em que a paciente permaneceu internada, ou seja, todos os dias contados entre a data da

internação e a data da alta da paciente, conforme dados encontrados no prontuário e em sumário de alta.

Procedência (QLN): local de moradia da paciente, relatado por ela, categorizado em: domiciliar ou asilar.

Dados ginecológicos:

Idade de início da menopausa (QLO): idade da interrupção da menstruação fisiológica, relatada pela paciente, sendo categorizada em: antes dos 44 anos, entre 45 e 50 anos, entre 51 e 55 anos, entre 56 e 60 anos, com 61 anos ou mais.

Uso de reposição hormonal (QLN): reposição mensal de hormônios femininos, realizada na menopausa através de estrogênios exógenos, mecanismos transcutâneos ou via-oral, segundo relato da paciente e registro no questionário, categorizado em: sim ou não.

Cirurgia ginecológica (QLN): realização de procedimento cirúrgico, de natureza ginecológica, como histerectomia ou suspensão da bexiga, entre outros. Essa informação foi colhida através do autorrelato da paciente, categorizada em: sim ou não.

Dados obstétricos:

Número de gestações (QLO): número de gestações que a mulher vivenciou, incluindo os abortos, relatado pela paciente e registrado no questionário, categorizado em: nenhum, um, dois, três, quatro, cinco ou mais.

Número de partos vaginais (QLO): refere-se ao número de partos, realizados através do canal vaginal, ao qual a mulher foi submetida, relatado pela paciente e registrado no questionário, categorizado em: nenhum, um, dois, três, quatro, cinco ou mais.

Episiotomia (QLN): procedimento cirúrgico, que envolve o corte do períneo durante o parto para alargar o canal vaginal e ajudar no parto, o qual previne lacerações vaginais espontâneas, relatado pela paciente ou registrado no questionário, categorizado em: sim, não ou não informado.

Dados comportamentais

Realização de exercícios (QLN): realização de exercícios físicos,

de qualquer natureza, independente da regularidade, relatado pela paciente, e categorizado em: sim e não. Se sim, categorizado em: caminhada, corrida, andar de bicicleta, ginástica e trabalho que exija esforço físico (limpar casa, lavar roupa, capinar...).

Constipação intestinal (QLN): relato da paciente quanto à dificuldade para evacuar regularmente, sendo categorizado em: sim ou não.

Consumo de café ou derivados (cafeínados, chás, chimarrão) (QLO): ingestão de café ou derivados da cafeína, incluindo chás e chimarrão, relatada pela paciente e categorizada em: sim ou não. Se sim, categorizada em: esporadicamente, 1 xícara ao dia, de 2 a 3 xícaras ao dia, mais de 3 xícaras ao dia.

Tabagismo (QLN): hábito de fumar, relatado pela paciente e categorizado em: sim ou não, e em que quantidade.

Consumo de bebida alcoólica (QLN): hábito de ingestão de bebida alcoólica relatado pela paciente e categorizado em: sim ou não. Se sim, categorizada em: socialmente, diariamente, semanalmente.

Dados urológicos

Perda de urina (QLN): perda involuntária de urina, independentemente das características e do volume, relatada pela paciente e categorizada em: sim ou não.

Tempo de perda urinária (QLO): tempo de identificação, pela paciente, dos primeiros sintomas de perdas urinárias, independentemente da causa e das características destes, relatado pela paciente, categorizado em: há menos de 6 meses; entre 6 meses e 1 ano; entre 1 ano a 03 anos; há mais de 03 anos.

Tipo de perda urinária (QLN): característica ou situação em que a perda urinária ocorre, relatada pela paciente, categorizada em: perda ao tossir, ao espirrar, ao carregar peso, durante atividade física, quando o banheiro está longe.

Dados clínicos

Mobilidade (QLO): grau de independência da paciente quanto à movimentação e à deambulação no momento da hospitalização, relatada pela paciente e observada pelo pesquisador, sendo categorizada em: deambula sem auxílio, deambula com auxílio de equipamento,

deambula com auxílio de pessoa ou acamada.

Uso de diurético (QLN): medicação de função diurética utilizada pela paciente durante o processo de hospitalização, registrada na prescrição médica, sendo categorizada em: sim e não.

Uso de betabloqueadores (QLN): medicação anti-hipertensiva com função betabloqueadora utilizada pela paciente durante o processo de hospitalização, registrada na prescrição médica, sendo categorizada em: sim e não.

Doenças associadas (QLN): doença(s) diagnosticada(s) antes ou no período de internação e registrada(s) no prontuário, podendo ser Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial ou Depressão, sendo categorizada(s) em: sim e não.

Dados dos registros dos prontuários

Histórico de enfermagem (QLN): presença de registro das eliminações urinárias feito pela enfermeira, no histórico, no momento da admissão da paciente, sendo categorizado em: sim, não, ou não há histórico de enfermagem.

Evolução de enfermagem (QLN): presença de registro das eliminações urinárias feito pela enfermeira, nas evoluções diárias, desde o primeiro dia de internação, sendo categorizado em: sim, não, ou não há evolução de enfermagem.

Prescrição de enfermagem (QLN): presença de cuidados de enfermagem voltados para as eliminações urinárias, feitos pela enfermeira, nas prescrições diárias, desde o primeiro dia de internação, sendo categorizado em: sim, não, ou não há prescrição de enfermagem.

Anotações complementares (QLN): presença de registro das eliminações urinárias feito pelos técnicos de enfermagem, desde o primeiro dia de internação, sendo categorizado em: sim, não, ou não há anotações complementares.

Prescrição médica (QLN): presença de registro das eliminações urinárias feito pela equipe médica, nas prescrições diárias, desde o primeiro dia de internação, sendo categorizado em: sim ou não.

Evolução médica (QLN): presença de registro das eliminações urinárias feito pela equipe médica, nas evoluções diárias, desde o primeiro dia de internação, sendo categorizado em: sim ou não.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Abordagem quantitativa

A coleta de dados ocorreu de duas formas distintas: Prontuário e Questionário com as idosas.

4.4.1.1 Prontuário

Foram analisados todos os prontuários e registros das pacientes femininas com idade igual ou superior a 60 anos, que estivessem internadas por pelo menos 07 dias. Considera-se esta, concomitantemente com a aplicação do questionário com as idosas, a primeira etapa realizada para a coleta dos dados. A **busca pelos prontuários** foi realizada com base no censo diário da unidade, no qual foi possível selecionar, dentre os pacientes internados, quais eram do sexo feminino e quais estavam dentro da faixa etária desejada para o estudo.

Para esta etapa de coleta de dados, obteve-se auxílio de uma auxiliar de pesquisa, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, que foi previamente treinada para esta finalidade. As primeiras coletas foram feitas pela pesquisadora principal, juntamente com a auxiliar, para que não houvesse erros neste processo.

Após a busca nos prontuários e a definição de quem se enquadraria nos critérios de inclusão do estudo, conversou-se diretamente com as pacientes selecionadas para explicar os objetivos da pesquisa e fazer o convite para a participação no estudo. Em caso de aceite, era solicitada a **assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**.(Apêndice A)

Semanalmente era realizada a atualização da listagem das pacientes internadas, em registro próprio da pesquisadora. As visitas nas unidades ocorriam em 2 vezes por semana, em dias estabelecidos conforme a possibilidade de locomoção do pesquisador.

O **levantamento dos dados nos prontuários** foi orientado por um roteiro, (Apêndice B – Parte I), previamente testado nas mesmas

unidades onde foram coletadas os dados para a pesquisa. Tal levantamento procurou resgatar inicialmente se havia alguma informação registrada, pela equipe de enfermagem, ou pela equipe médica, quanto à existência, ou não, de incontinência urinária, ou mesmo de dados referentes às eliminações urinárias. Desta forma, todas as prescrições, históricos, evoluções e anotações complementares foram lidas, sendo registradas as informações de interesse para a pesquisa. Além disso, tanto as medicações em uso, contidas na prescrição médica, foram levantadas, quanto às patologias pregressas, para que depois pudessem ser analisadas quanto à possível relação ou à interferência nos quadros de IU.

4.4.1.2 Questionário

Paralelamente à exploração dos prontuários, iniciou-se a aplicação do questionário com cada paciente. Para tanto, utilizou-se um roteiro previamente definido para esse estudo, tendo este também sido testado anteriormente (Apêndice B – Parte II). O mesmo foi aplicado na intencionalidade de levantar informações complementares às que não foram encontradas no prontuário e, sobretudo, para permitir o mapeamento da existência da IU.

Vale lembrar que muitas das informações anteriormente colhidas nos prontuários também foram abordadas no momento da entrevista. Por outro lado, o que se buscou investigar nas entrevistas foi a presença de incontinência urinária, pois como mencionado em hipóteses da pesquisadora, acredita-se que quadros de IU podem não ser registrados em prontuário. Portanto, sem esse recurso adicional – a entrevista – poder-se-ia ter uma falsa visão da prevalência da IU entre as idosas pesquisadas. Desta forma, a união das informações coletadas através dos prontuários e das entrevistas com as pacientes permitiu identificar a prevalência da IU nas unidades de Clínica Médica dos dois hospitais pesquisados.

Além de informações específicas quanto à ocorrência de IU, outras puderam ser levantadas com o intuito de se buscar possíveis fatores de risco para seu desenvolvimento, tais como: idade; uso de reposição hormonal; número de gestações e tipo de parto; presença de episiotomia; cirurgias ginecológicas anteriores; hábitos intestinais; hábitos alimentares; tabagismo; etilismo e prática de atividade física.

Outras informações ainda puderam ser levantadas, as quais, acredita-se, também têm influência sobre a IU, como a procedência, se asilar ou domiciliar, e a mobilidade, se deambula com ou sem auxílio, ou se é acamada.

4.4.2 Abordagem qualitativa

A coleta de dados qualitativos ocorreu através da aplicação de uma entrevista semiestruturada com um roteiro de perguntas abertas, (Apêndice C), realizada com enfermeiros integrantes das equipes das unidades de Clínica Médica dos hospitais envolvidos na pesquisa. Esta constitui-se na terceira e última etapa de coleta de dados. Após o consentimento dos participantes, foram realizadas as entrevistas, com gravação das mesmas para posterior transcrição e análise do que foi “dito” pelos informantes.

A entrevista semiestruturada especificamente valoriza a presença do investigador, oferecendo as perspectivas possíveis para que o informante seja capaz de alcançar a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo as investigações (TRIVIÑOS, 1987). Ela é capaz de fornecer dados referentes ao sujeito entrevistado, ou seja, suas ideias, maneiras de pensar, opiniões, crenças, sentimentos, maneiras de atuar e comportamento (MINAYO, 1996).

Desta forma, foi através das entrevistas semiestruturadas feitas juntamente com os enfermeiros, que se buscou atender aos objetivos qualitativos propostos, vislumbrando compreender como a equipe de saúde notifica e cuida da incontinência urinária das pacientes idosas hospitalizadas.

Para a realização das entrevistas oportunizou-se aos informantes que escolhessem melhor dia e horário para a realização da mesma, todavia, os enfermeiros participantes optaram em realizá-la no próprio ambiente de trabalho, ou seja, na clínica médica. O ambiente também foi escolhido pelos enfermeiros, sendo em sua maioria a sala da chefia de enfermagem. Quanto ao horário de realização, todos preferiram fazer a entrevista durante sua jornada de trabalho, em horários em que a unidade costumava ficar mais calma. Sendo assim, cada enfermeiro acabou sugerindo um horário que considerava mais oportuno.

4.5 ORGANIZAÇÃO DE ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Abordagem quantitativa

Os dados coletados foram inicialmente inseridos no programa Excel 2003[®] for Windows[®], sendo realizada a análise estatística descritiva e inferencial utilizando-se a ferramenta computacional on-line SestatNet (NASSAR et al., 2009).

No que se refere às categorias das variáveis delimitadas para o estudo, algumas adequações precisaram ser realizadas para favorecer a posterior realização dos testes estatísticos. Quanto à definição dos tipos de incontinência urinária, consideraram-se os relatos dos sintomas das perdas urinárias verbalizados pelas próprias pacientes. Assim, utilizaram-se as respostas referentes às condições das perdas, o que determinou a criação de uma nova categoria, na qual ficou definida como incontinência *qualquer perda urinária relatada*, independente da condição da perda e do tempo da mesma. Seguindo a padronização da International Continence Society ficou estipulado que, para as mulheres que relataram ter perdas em decorrência de esforços como tossir, espirrar, carregar peso, durante a atividade física ou ao abaixar-se, a IU seria definida como *de esforço*. Nas situações relatadas de perdas urinárias por não chegar a tempo ao banheiro, definiu-se como *IU de urgência*. Nos casos em que as mulheres relataram perder urina em duas situações diferentes, unindo perdas por esforços e perdas por urgência, caracterizou-se como *IU mista* (ABRAMS et al., 2003).

Com o intuito de avaliar a relação entre o tipo de exercício físico realizado e a ocorrência de incontinência urinária, realizou-se o reagrupamento das variáveis relacionadas à realização de atividade física, sendo definida uma nova categoria, permanecendo:

- Atividade Física 1: pacientes que realizam trabalho que exija algum tipo de esforço físico, tais como limpar casa, lavar roupa etc.;
- Atividade Física 2: pacientes que realizam ginástica/caminhada;
- Atividade Física 3: pacientes que responderam às duas situações acima.

Além disto, algumas variáveis coletadas apresentaram frequência inferior a cinco (05), precisando ser reagrupadas para permitir a realização. Portanto, para a categoria *número de partos vaginais*, esta foi re-categorizados em: (0) nenhum, (1) um, (2) dois, (3) três, (4) quatro,

(5) cinco ou mais, para (1) nenhum, (2) um a dois, (3) três a quatro, (4) cinco ou mais.

Para avaliação da frequência de exercícios físicos, as categorias “não realiza, diariamente”, “de 2 a 3 vezes por semana” e “1 vez por semana”, foram reagrupadas em: “não realiza”, “diariamente”, “de 1 a 3 vezes por semana”.

Efetuiu-se a estatística descritiva de todas as variáveis do estudo, sendo utilizado média, mínimo, máximo e desvio-padrão para as variáveis quantitativas discretas e a análise da frequência relativa e absoluta das variáveis qualitativas ordinais e nominais.

Para análises inferenciais, utilizou-se nível de confiança de 95%, bem como nível de significância de 5%. Para testar a associação da variável “ocorrência de incontinência urinária” com as variáveis “uso de betabloqueadores, uso de diuréticos, história prévia de DM, HAS, uso de reposição hormonal, cirurgia ginecológica, número de partos vaginais, episiotomia, tipo de perda urinária, mobilidade, realização de exercício físico, consumo de café ou derivados, tabagismo, constipação intestinal” foi realizado o teste qui-quadrado de associação. Para avaliar a relação entre número de gestações e IU foi aplicado o teste Exato de Fisher. Para as variáveis “idade e tempo de hospitalização” foi realizado o teste U de Mann-Whitney.

O teste qui-quadrado também foi aplicado para testar a relação entre as variáveis “instituição de saúde” e “questionamento acerca da ocorrência de incontinência urinária”.

As variáveis “menopausa e depressão”, apesar de terem sido levantadas, não puderam ser testadas quanto à relação com a ocorrência de IU em função das frequências apresentadas nas categorias.

A apresentação e discussão dos principais achados estão expostos no formato de 01 manuscrito inserido no capítulo “resultados”, entretanto, a tabela com os dados gerais coletados estão apresentados no apêndice (APÊNDICE D).

4.5.2 Abordagem qualitativa

Após a coleta dos dados quantitativos, fez surgir a necessidade de outros aprofundamentos, sobretudo referente à percepção dos enfermeiros envolvidos no cuidado à pessoa idosa com IU. Sendo assim, a entrevista realizada com os mesmos, de forma semi-estruturada, possibilitou apontar questões complementares ao estudo, auxiliando na

melhor compreensão do papel do enfermeiro no cuidado à paciente idosa com IU.

O processo de análise dos dados qualitativos deu-se a partir da Análise Temática, (MINAYO, 2004, p. 208), sendo esta dividida em três etapas, a saber: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos. Na primeira etapa, a pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas - *Corpus Documental* - para uma maior aproximação com as ideias emergentes, sendo, na sequência, assinalados no próprio texto os aspectos que mais chamavam a atenção. Esta etapa foi importante também na verificação do conteúdo transcrito e destacado, preocupando-se com os aspectos de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Com esta averiguação, tornou-se possível perceber se o material conseguiu contemplar as características essenciais do universo pretendido, avaliando-se se este era adequado para dar respostas aos objetivos do trabalho traçados.

Em fase sequencial, realizou-se a releitura do conteúdo para a identificação das unidades de registros (temas surgidos a partir da decomposição do conjunto da mensagem) e delimitação do contexto (compreensão da unidade de registro). Nesse processo, procedeu-se a codificação, a classificação e a reflexão que possibilitaram a construção das categorias, as quais passaram a ser analisadas segundo aspectos comuns ou que, de alguma forma, relacionavam-se entre si.

A partir da análise e da discussão dos dados surgiram os seguintes temas: “Preparo e formação dos enfermeiros”; “Desafios para assistência de enfermagem”; “Incontinência Urinária como um tabu a ser vencido” e “Fralda geriátrica: solução ou problema?”. Estes são apresentados no capítulo “resultados”, na forma de dois manuscritos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Após a autorização das instituições envolvidas, necessária para a viabilização do desenvolvimento da pesquisa, o projeto também foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, do qual obteve aprovação através do parecer consubstanciado nº 742 (Anexo A).

Assim, a pesquisa respeitou os princípios fundamentais que

regem o Código de Ética em Enfermagem e os aspectos éticos de Pesquisa em Seres Humanos, contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A todos os informantes foi solicitado que assinassem o TCLE , após terem sido informados acerca dos objetivos da pesquisa e sobre em que consistiria sua participação, ressaltando-se a possibilidade de eles desistirem a qualquer momento, sem qualquer tipo de coerção.

5 RESULTADOS

Conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, os resultados desta tese serão apresentados em forma de manuscritos, conforme seguem descritos abaixo.

- Manuscrito 1. Título: Fatores associados da incontinência urinária na mulher idosa hospitalizada. Trata-se de um texto onde apresenta-se a prevalência da IU em mulheres idosas hospitalizadas e discute-se a respeito da influência dos hábitos de vida e saúde da população do estudo.
- Manuscrito 2. Título: O Sub-registro da incontinência urinária no âmbito hospitalar: um desafio para a equipe de enfermagem. Neste manuscrito, deu-se ênfase à avaliação das estratégias de assistência utilizadas pela equipe de enfermagem, focando-se na influência ou não da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no cuidado ao paciente idoso hospitalizado com incontinência urinária e a notificação da mesma.
- Manuscrito 3. Título: Uso da fralda geriátrica em hospitais: solução ou problema? Discute os aspectos surgidos através dos relatos dos enfermeiros a respeito do cuidado ao paciente incontinente a partir da discussão de dois eixos temáticos: **“Fralda geriátrica: solução ou problema?”** e **“Incontinência Urinária como um tabu a ser vencido”**.
- Manuscrito 4. Título: Incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas: um desafio para a prática da enfermagem. Discute os aspectos que emergiram dos relatos dos enfermeiros a respeito do cuidado ao paciente incontinente através de dois eixos temáticos: **“Preparo e formação dos enfermeiros”** e **“Desafios para assistência de enfermagem”**.

5.1 MANUSCRITO 1: FATORES ASSOCIADOS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER IDOSA HOSPITALIZADA

FATORES ASSOCIADOS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER IDOSA HOSPITALIZADA

LOCKS, Melissa Orlandi Honório
SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos

RESUMO: Trata-se de um estudo quantitativo com o objetivo de estimar a prevalência de incontinência urinária em idosas hospitalizadas e identificar as principais características das mulheres estudadas para o levantamento dos possíveis fatores predisponentes. A amostra foi composta por 124 mulheres, internadas em dois hospitais públicos, que tivessem idade igual ou superior a 60 anos. A coleta dos dados ocorreu entre agosto de 2010 e março de 2011 através da aplicação de um questionário com as idosas selecionadas e análise de seus respectivos prontuários. Para a análise dos dados realizou-se estatística descritiva e inferencial das variáveis. Como resultado, encontrou-se que 70,16% das idosas relataram perder urina, sendo que o tipo mais prevalente foi a IU de esforço, presente em 36,29 % dos casos. Dentre os fatores de risco, a constipação intestinal mostrou ter relação significativa com a IU, enquanto outros hábitos de vida, como alimentação, tabagismo e a ausência de prática de atividade física, além da idade, doenças crônicas prévias, medicamentos e antecedentes gineco-obstétricos, não demonstraram relação. Aproximadamente 34% das idosas relataram perder urina há mais de três anos. Esse achado vem reforçar a falta de abordagem dos profissionais sobre o assunto e, sobretudo, a não procura por tratamento, fazendo com que estas mulheres convivam anos com o problema. Concluiu-se que a IU é um problema relevante e de grande impacto para as pessoas que vivenciam o processo de envelhecimento, e que deve ser identificada e cuidada ainda no ambiente hospitalar, com vistas à elaboração de um plano de cuidados integral que atenda às reais necessidades do paciente idoso hospitalizado.

Descritores: Incontinência urinária. Fatores de risco. Idoso. Hospitalização. Enfermagem.

FACTORES ASOCIADOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER ANCIANA HOSPITALIZADA

RESUMEN: Se trata de un estudio cuantitativo para evaluar la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres ancianas hospitalizadas y identificar las principales características de las mujeres estudiadas en la encuesta de factores predisponentes. La muestra estaba compuesta por 124 mujeres internadas en dos hospitales públicos y que tuvieran 60 o más. La obtención de los datos fue entre Agosto del 2010 y Marzo del 2011 mediante la aplicación de un cuestionario con personas mayores seleccionados y examinar sus registros. Para el análisis de los datos se realizó la estadística descriptiva e inferencial de las variables. Como resultado, se encontró que 70,16% de las ancianas relataron perder orina, siendo que el tipo que más prevalecía era la IU del esfuerzo, en 36,29 % de los casos. Entre los factores de riesgo, la constipación intestinal mostró tener una relación significativa con la IU, mientras que otros hábitos de estilo de vida tales como la dieta, el tabaquismo y la falta de actividad física, además de la edad, las enfermedades crónicas previas, medicamentos y antecedentes gineco-obstétricos, no mostró ninguna relación. Aproximadamente 34% contaron que tenían pérdidas de orina desde hace más de tres años. Esa información refuerza la subnotificación existente, la falta de abordaje de los profesionales sobre el asunto y, sobretodo, la falta de procura por tratamiento, haciendo con que estas mujeres pasen años con este problema. Se concluye que la IU es un problema relevante y de gran impacto para las personas que experimentan el proceso de envejecimiento, y que debe ser identificada y cuidada en el ambiente hospitalario, con vistas a la elaboración de un plan de cuidados integral que atienda las reales necesidades del paciente anciano hospitalizado.

Descriptores: Incontinencia urinaria. Factores de riesgo. Anciano. Hospitalización. Enfermería.

ASSOCIATED FACTORS FOR URINARY INCONTINENCE IN ELDERLY WOMEN HOSPITALIZED

ABSTRACT: This is a quantitative study to determine the prevalence of urinary incontinence in elderly women hospitalized and identify the main characteristics of the women studied for the survey of predisposing

factors. The sample consisted of 124 women admitted to two public hospitals and aged 60 years or more. Data collection occurred between August 2010 and March 2011 through a questionnaire with selected elderly and document analysis with charts. For the data analysis was conducted descriptive and inferential statistics variables. As a result, it was possible to find that 70,16% of the women reported losing urine, and the most common type was Stress UI, with 36,29 % of the cases. Among the risk factors, constipation had a significant relationship with IU while other lifestyle habits such as feeding, smoking and lack of physical activity, in addition to age, chronic diseases prior, medicine and gynecological-obstetrical antecedents, showed no relationship. This finding reinforces the existing underreporting, lack of professional approach on the topic and, above all, lack of treatment seeking, making these women cohabit with the problem for years. It might be concluded that UI is a relevant issue of considerable consequences for people who experience the aging process, and must be identified and attended at the hospital in order to develop a comprehensive care plan that meets the real needs of elderly patients hospitalized.

Key words: Urinary incontinence. Factors of risk. Elderly. Hospitalization. Nursing.

INTRODUÇÃO

Ao gerar implicações negativas nos âmbitos emocional, social e econômico, tanto para o indivíduo incontinente, como para sua rede de apoio, a Incontinência Urinária (IU) representa um desafio para os profissionais da saúde, sobretudo no que se refere às formas alternativas de abordagem e tratamento do problema, fazendo, muitas vezes, com que este seja subestimado. (SILVA; SANTOS, 2005). Em algumas situações, o próprio paciente acaba convivendo anos com esta situação sem procurar ajuda, fazendo com que a IU seja considerada como algo normal e até esperada no processo de envelhecimento (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Especificamente nas mulheres, as implicações com a IU transcendem o ambiente domiciliar, levando a mudanças significativas também nas atividades sociais. Em pesquisa realizada com 164 mulheres incontinentes, constatou-se que dentre o grupo estudado, a IU foi responsável por importante restrição nas atividades sociais (33,5%),

alterando hábitos de sair de casa, ir à igreja, a festas e fazer viagens (HIGA; LOPES, 2005).

Para o idoso em especial, os impactos gerados são ainda mais severos, sendo considerado o próprio avanço da idade um importante fator de risco (ALVARO et al., 2010). Dentre os possíveis fatores relacionados com a IU apontam-se, ainda, os hábitos alimentares e intestinais, as doenças crônicas, os fatores hereditários, a obesidade, a terapia medicamentosa, a ausência de atividade física, além dos específicos às mulheres, como a própria estrutura muscular perineal e a história gineco-obstétrica (HIGA, LOPES, REIS, 2008; CAETANO, TAVARES, LOPES, 2007; MOURÃO et al., 2008). Apesar de os estudos mencionados apontarem tais fatores como passíveis de gerarem influências no acometimento da IU, os resultados encontrados mostram-se, por vezes, controversos.

Outro aspecto que merece ser destacado é que as pesquisas realizadas buscando identificar os fatores associados à IU são muitas vezes direcionadas à história gineco-obstétrica ou mesmo a patologias e a processos cirúrgicos prévios. Entretanto, os fatores de risco modificáveis, como os hábitos alimentares, intestinais e a prática de exercícios físicos, acabam não sendo investigados com a mesma profundidade, sendo em alguns casos negligenciados (HANNESTAD et al., 2003).

Com base nessas evidências, acredita-se que pacientes a princípio sem diagnóstico de incontinência urinária prévia, podem vir a desenvolvê-la secundariamente após a instalação de outras patologias, hábitos de vida e doenças adquiridas ao longo da vida ou mesmo por uso de medicamentos, sobretudo diuréticos e anti-hipertensivos (BERLEZI et al., 2011). Muitas vezes, por esses não serem o motivo das internações e o foco do tratamento, os pacientes passam a desenvolver incontinência urinária sem, no entanto, esta ser descoberta ou tratada, mesmo durante o período de internação hospitalar.

Assim, o que foi exposto acima vem corroborar a lacuna existente na assistência prestada no âmbito hospitalar referente ao paciente idoso incontinente. Percebe-se, em alguns estudos acima referenciados, que a incontinência urinária nem sempre é a causa da internação. Em outros casos, o idoso acaba sendo acometido secundariamente com a incontinência urinária, após uso contínuo de medicamentos, surgimento de patologias ou devido a internações prolongadas. Reforça-se aqui, a importância de uma enfermagem capacitada e atenta para identificar tais

situações diante das internações hospitalares.

Desta forma, considerando a escassez de estudos específicos na área para o ambiente hospitalar junto a idosas e com o intuito de apresentar um panorama da IU na realidade estudada, essa pesquisa foi desenvolvida com o seguinte objetivo: “Estimar a prevalência de incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas e identificar as principais características das mulheres estudadas para o levantamento dos possíveis fatores predisponentes”.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal. O mesmo foi realizado nas unidades de Clínica Médica de dois hospitais públicos de Florianópolis/SC. Os dados foram coletados no período de agosto de 2010 a março de 2011, através de busca de informações em prontuários e entrevista estruturada realizada com pacientes idosas internadas nestas unidades. A amostra foi intencional, não probabilística, tendo em vista que entraram no estudo todas as pacientes internadas com idade igual ou superior a 60 anos. Utilizou-se ainda a estratificação da amostra com o intuito de obter-se um cálculo fidedigno para cada realidade incluída no estudo. Dessa forma, a amostra final foi composta por 124 mulheres com idade maior ou igual a 60 anos, utilizando intervalo de confiança (IC) igual a 95% e erro amostral máximo de 10%, conforme cálculo aplicado no programa computacional Sestatnet (NASSAR et al., 2009). Deste total, 82 idosas foram selecionadas do Hospital que possui metodologia da assistência (H1) e 42 do outro hospital que não possuía esta ferramenta de trabalho (H2).

Como critérios de inclusão, definiu-se: ser mulher com idade igual ou superior a 60 anos; estar internada por pelo menos 7 dias; estar lúcida e orientada no momento da entrevista; aceitar participar livremente da pesquisa.

A delimitação do tempo mínimo de internação deveu-se ao fato de que o levantamento dos dados para a pesquisa levou em consideração também as anotações e dados registrados pela equipe durante o período de internação. Acreditou-se que a análise das informações contidas nos registros dos prontuários em tempo inferior ao delimitado pudesse não propiciar uma extração significativa dos dados, bem como implicaria em

perda de informações.

Referente à avaliação do estado cognitivo das pacientes, este foi avaliado com base nos registros dos prontuários, bem como de forma subjetiva, através de conversa direta com elas, quando se pôde, em um primeiro contato, confirmar seu estado de lucidez e orientação para responder ao instrumento proposto.

As variáveis definidas para o instrumento de coleta de dados buscou conhecer aspectos específicos da função vesical além de informações sobre os hábitos de vida e saúde, sendo tais variáveis agrupadas em: dados pessoais, gineco-obstétricos, comportamentais, urológicos e clínicos.

A busca pelos prontuários foi realizada com base no censo diário da unidade, sendo possível selecionar, entre os pacientes internados, quais eram do sexo feminino e quais possuíam a idade igual ou superior à desejada. O levantamento dos dados no prontuário foi orientado por um roteiro previamente estabelecido e testado para que as informações aí arroladas pudessem ser uniformizadas. Assim, procurou-se resgatar inicialmente se havia alguma informação registrada pela equipe de saúde quanto à existência, ou não, de incontinência urinária, ou mesmo de dados referentes às eliminações urinárias. Desta forma, as prescrições, os históricos, as evoluções e as anotações complementares foram lidos e analisados. Além disso, as medicações em uso contidas na prescrição médica foram levantadas, além das patologias progressas, para que depois pudessem ser analisadas quanto à possível relação ou interferência nos quadros de IU.

A segunda parte da coleta de dados, ocorreu concomitantemente à primeira e deu-se através da aplicação de um questionário estruturado junto às pacientes idosas selecionadas. Esta foi aplicada visando à compilação de informações complementares, que não foram encontradas no prontuário e, sobretudo, ao levantamento das perdas urinárias e em que situação as mesmas ocorriam. Além dos dados específicos, outros puderam ser encontrados, com o intuito de se buscar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de IU, tais como dados gineco-obstétricos, hábitos de vida e história de saúde.

Os dados coletados foram inicialmente inseridos no programa Excel 2003[®] for Windows[®], sendo realizada a análise estatística descritiva e inferencial utilizando a ferramenta computacional on-line SestatNet-Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web (NASSAR et al., 2009). Efetuou-se a estatística descritiva de todas as

variáveis definidas, sendo utilizado média, mínimo, máximo e desvio-padrão (DP) para as variáveis quantitativas discretas e a análise da frequência relativa e absoluta das variáveis qualitativas ordinais e nominais. Para análises inferenciais, foi utilizado o nível de confiança de 95%, bem como nível de significância de 5%. Para o cruzamento da variável “ocorrência de incontinência urinária” com as variáveis “uso de betabloqueadores, uso de diuréticos, história prévia de Diabetes Melitus (DM), Hipertensão Arterial (HAS), uso de reposição hormonal, cirurgia ginecológica, número de partos vaginais, episiotomia, tipo de perda urinária, mobilidade, realização de exercício físico, consumo de café ou derivados, tabagismo, constipação intestinal”, foi realizado o teste qui-quadrado de associação. Para avaliar a relação entre número de gestações e IU, foi aplicado o teste Exato de Fisher e para a variável “idade” foi realizado o teste U de Mann-Whitney.

A pesquisa respeitou os princípios fundamentais que regem o Código de Ética em Enfermagem e os aspectos éticos da Pesquisa com Seres Humanos, contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. As participantes selecionadas assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), conforme protocolo 742.

RESULTADOS

A idade média dos sujeitos selecionados foi de 72,2 ($\pm 8,5$) anos, variando entre 60 e 97 anos. O tempo médio de internação hospitalar foi de 19,1 ($\pm 9,8$) dias, variando entre 07 e 47 dias, sendo que todas as pacientes do estudo tiveram como procedência o domicílio (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das idosas internadas segundo instituição, procedência, idade, tempo de internação e mobilidade. Florianópolis, 2012. (n = 124)

Características	n	%
Instituição		
H1	82	66,13

H2	42	33,87
Procedência		
Domicílio	124	100
Instituições de Longa permanência	0	0
Idade		
Entre 60 e 70 anos	61	49,19
Entre 71 e 80 anos	42	33,87
Acima de 81 anos	21	16,84
Tempo de Internação		
7 a 15 dias	60	48,39
16 a 30 dias	46	37,10
31 a 47 dias	18	14,52
Mobilidade		
Deambula sozinha	77	62,10
Deambula com auxílio de equipamento	3	2,42
Deambula com auxílio de outra pessoa	24	19,35
Acamada	20	16,13

Especificamente sobre a prevalência da ocorrência de IU identificou-se, entre as idosas hospitalizadas, que 70,16 % relataram perder urina. Quanto à identificação dos tipos de incontinência urinária, utilizaram-se como critérios de avaliação os relatos de sintomas das perdas urinárias verbalizados pelas próprias pacientes, ficando definida como incontinência qualquer perda urinária relatada, independente da condição da perda e do tempo desta. Ficou definido que para as mulheres que relataram ter perdas decorrentes de esforços como tossir, espirrar, carregar peso, durante a atividade física ou ao abaixar-se, a IU seria identificada como de esforço. As situações relatadas de perdas urinárias por não chegar em tempo ao banheiro, definiu-se como IU de urgência. Nos casos em que as mulheres relataram perder urina em duas situações diferentes, unindo perdas aos esforços e perdas por urgência, caracterizou-se como IU mista (ABRAMS et al., 2003). A prevalência de cada tipo de IU está demonstrada a seguir, sendo que a maioria das

pacientes idosas incontinentes relatou ter perdas urinárias aos esforços (35,29%).

Do total do grupo estudado, apenas 37 mulheres, ou o que corresponde a 29,84 % delas, relataram não ter algum tipo de perda urinária.

Tabela 2: Prevalência da Incontinência Urinária relatada entre as pacientes idosas hospitalizadas nas Clínicas Médicas de duas instituições públicas de Florianópolis.

Variável	n	%
Incontinência Urinária		
Sim	87	70,16
Não	37	29,84
Tempo de perda urinária		
Não têm perda urinária	37	29,84
Há menos de 6 meses	30	24,19
Entre 6 meses e 1 ano	6	4,84
Entre 1 ano e 3 anos	9	7,26
Há mais de 3 anos	42	33,87
Tipo de IU		
Esforço	45	36,29%
Urgência	25	20,16%
Mista	17	13,71%

Dentre as variáveis referentes aos hábitos de vida e saúde, apenas a constipação apresentou relação estatisticamente significativa com a ocorrência da IU. Apesar de ter sido levantada também a influência do consumo de álcool, não se pôde realizar a relação da IU com esta variável devido à baixa frequência com que esta informação apareceu, uma vez que apenas 7,26% (09) das idosas relataram o consumo de álcool.

Tabela 3: Relação entre história de vida e saúde e a ocorrência de incontinência urinária.

Variáveis	Incontinência Urinária		
	Presente	Ausente	p*
Uso de betabloqueadores			
Sim	43	20	0.6371142
Não	44	17	
Uso de diuréticos			
Sim	40	12	0.1619566
Não	47	25	
DM			
Sim	36	13	0.5152039
Não	51	24	
HAS			
Sim	56	17	0.0564592
Não	31	20	
Número de gestações			
Nenhuma	09	05	0.3680953
Entre 1 e 4	33	12	
5 ou mais gestações	45	20	
Número de partos vaginais			
Nenhum	12	05	0.6464980
Um a dois	15	10	
Três a quatro	21	07	
Cinco ou mais	39	15	
Episiotomia			
Não lembra	01	00	0.2533655
Sim	23	15	
Não	63	22	
Cirurgia ginecológica			
Sim	33	16	0.5798343

Não	54	21	
Uso de reposição hormonal			
Sim	18	09	0.6536383
Não	69	28	
Realização de exercício físico			
Sim	33	16	0.57983
Não	54	21	
Consumo de Café ou derivados			
Sim	75	31	0.72598
Não	12	06	
Tabagismo			
Sim	17	06	0.66303
Não	70	31	
Constipação intestinal			
Sim	53	15	0.03693
Não	34	22	

(*) Nível de Confiança de 95%

O relacionar o tipo de IU com as doenças crônicas, identificou-se que a IU por esforço foi a mais comum entre as mulheres que não possuíam DM (46,34%), ao passo que entre as que possuíam a doença, os índices de IU por esforço e de urgência foram muito semelhantes, sendo 41,17% e 38,23%, respectivamente. O contrário pôde-se observar entre as mulheres com HAS, uma vez que as perdas decorrentes de esforços foram mais comuns entre as mulheres acometidas com essa doença (42,22%).

As variáveis “menopausa e depressão”, apesar de terem sido levantadas, não puderam ser testadas quanto à relação com a ocorrência de IU em função das frequências apresentadas nas categorias.

Além das variáveis acima descritas, avaliou-se ainda a relação entre a idade e mobilidade das mulheres entrevistadas como fator de risco para as perdas urinárias, onde ambas demonstraram não ter relação significativa com IU, sendo *p-valor* de 0,4008 e 0,4200,

respectivamente. O tempo de hospitalização não pôde ser avaliado como possível fator causal para as perdas urinárias uma vez que todas as idosas relataram já ter IU antes da hospitalização.

DISCUSSÃO

Inicialmente, é importante nos reportarmos aos altos índices de IU encontrados neste estudo, alertando para a problemática do tema e corroborando o que vem sendo encontrado na literatura, em que se verifica alta prevalência de IU em idosos, sobretudo em mulheres. Trabalhos indicam ainda que mulheres com idades entre 50 e 54 anos têm quase duas vezes mais chances de ter incontinência grave em comparação com mulheres com menos de 40 anos (DANFORTH et al., 2006; ROHR et al., 2005).

Outro estudo, realizado com pacientes adultos e idosos hospitalizados, também levantou índices de IU, chegando a 35% do total de hospitalizados investigados (77), sendo que 22% foram da Clínica Médica (SILVA; SANTOS, 2005).

Embora a literatura identifique esta casuística, a prevalência de IU em nosso estudo apresentou-se mais elevada se comparada aos achados acima referenciados, uma vez que chegou a 70,16 % das idosas hospitalizadas. Pode-se considerar que esta diferença nos índices encontrados deva-se ao fato de que a pesquisa acima mencionada foi realizada com adultos de idades variadas; nossa pesquisa, por sua vez, foi realizada apenas com idosas, o que pode justificar essa elevação expressiva da prevalência. Além disto, convém ressaltar que neste estudo foi considerado IU toda perda urinária, independente do tempo e tipo desta, levando a crer que nesta prevalência incluíram-se também perdas urinárias transitórias decorrentes de infecções, medicamentos em uso, entre outros, podendo ter gerado este aumento dos números encontrados. Desta forma, reforça-se aqui a lacuna existente no que concerne a trabalhos realizados junto a pacientes hospitalizadas, especificamente com mulheres idosas, o que favoreceria comparações.

Referindo-se à mobilidade e à independência da pessoa idosa, dados levantados com idosos institucionalizados mostraram que a prevalência de IU foi de 57% entre os idosos acima de sessenta (60) anos, havendo correlação entre IU e imobilidade, chegando a 95% dos casos (BUSATO; WILSON; MENDES, 2007). Além disto, a

inatividade e a dependência podem trazer como consequência o sobrepeso ou a obesidade, que também apareceram como fatores de risco para a IU (HIGA, LOPES, 2005, 2008; MELO et al., 2012).

Apesar de não se ter encontrado relação estatisticamente significativa entre a prática e a intensidade de exercícios físicos e a IU, acredita-se que os maiores índices de incontinência urinária por esforço encontrados se deveram ao fato de se tratar de um grupo com uma população ativa, independente e relativamente praticante de alguma atividade física (39,52%), hábitos comuns encontrados entre mulheres com perdas aos esforços. Confirmando este achado, um estudo comparativo feito com mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física, constatou-se que a incidência de perdas urinárias foi maior no grupo praticante, chegando a um índice de 63,6% (VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2011)

Uma pesquisa realizada para avaliar os fatores de risco em mulheres idosas segundo a prática de atividade física constatou que, do grupo de mulheres praticantes de atividade, a IU de esforço foi a mais prevalente (31,9%). Este mesmo estudo sugeriu que o aumento da prevalência de IUE, por sua vez, deveu-se ao alto índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal, contrapondo-se a outros achados (JOÃO et al., 2009; SLAZAR et al., 2005; DELLU, ZACARO, SCHMITT, 2008; BUSATO, WILSON, MENDES, 2007).

Referente à constipação intestinal, nosso estudo demonstrou relação estatisticamente significativa entre IU e essa variável, o que também vem justificar o maior índice de mulheres idosas com perdas aos esforços, uma vez que, entre as mulheres com perdas urinárias, para 47,91% ocorria desta forma. Em uma análise multivariada realizada por Mourão (2008), observou-se que as mulheres avaliadas com constipação intestinal tinham 3,1 vezes mais chances de desenvolver IU. Outros trabalhos encontrados também comprovaram essa relação, corroborando a importância de um funcionamento intestinal regular para minimizar as perdas urinárias (HIGA; LOPES, 2008; TOWNSEND et al., 2007; SHAKHATREH, 2005; ALVARO, 2010; SANTOS, SANTOS, 2009). A presença de impactação fecal pode contribuir para o agravamento das perdas urinárias e, em alguns casos, a correção deste problema pode favorecer a melhora dos sintomas (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Trazendo este aspecto para a realidade hospitalar cabe ressaltar que o próprio processo de hospitalização pode contribuir para mudanças no funcionamento normal do intestino. A ingesta alimentar diferenciada,

se comparada aos hábitos caseiros prévios à hospitalização, associada à diminuição da mobilidade em função da maior permanência no leito podem justificar os elevados índices de constipação intestinal nas idosas (54,84%), identificados em nossos dados.

Ainda sobre os hábitos alimentares, o consumo inadvertido de cafeína parece ter relação direta na função detrusora, sendo considerado um irritante vesical e tendo associação significativa com a IU, (HIGA, LOPES, 2008; ZHU et al., 2010), porém este achado não apareceu no presente estudo, mesmo considerando-se quantidades diferentes de consumo de café e/ou derivados. Isso talvez tenha ocorrido devido ao contexto pesquisado, o hospitalar, pois nessas condições as idosas não têm livre acesso à alimentação nem à ingestão de café.

Outros hábitos de vida também podem apontar relação com a IU. Especificamente o tabagismo, pois a interferência da nicotina na contração do detrusor e a ocorrência de tosse crônica em fumantes poderiam ser levantadas como causadoras de perdas urinárias. (HIGA; LOPES, 2008). No presente grupo de mulheres investigadas, o consumo de cigarros foi relatado em 18,55% (n 23) dos sujeitos, não apresentando relação estatisticamente significante com a IU, corroborando outros estudos que também não encontraram relação entre tabagismo e IU na população idosa (TAMANINI et al., 2009).

Ao se relacionar as variáveis “idade” com “IU”, percebe-se que não foi encontrada relação entre as mesmas. Confirmando este achado, estudo comparativo levantou que a idade entre as pessoas com e sem IU contribuiu, mais uma vez, para o rompimento do mito do envelhecimento como fator causal isolado da IU, tendo em vista que 59,3% tinham menos de quarenta e cinco (45) anos e 14,8% mais de sessenta (60) anos (SILVA; SANTOS, 2005).

Ainda avaliando o aspecto do envelhecimento, a inatividade e a dependência, presenciadas com maior frequência no idoso, são percebidas do ponto de vista urológico como grandes responsáveis por quadros de incontinência. Apesar disto, percebeu-se, nos dados coletados, que a variável *mobilidade* não apresentou relação estatisticamente significativa com a IU, o que pode ter ocorrido devido ao baixo índice de mulheres acamadas encontradas nesse levantamento (16%).

Seguindo para as variáveis gineco-obstétricas investigadas, essas se constituem em informações importantes a serem consideradas quando se busca conhecer os aspectos que envolvem a instalação da IU na

mulher ao longo do processo de envelhecimento. Algumas pesquisas atuais, que procuravam realizar uma correlação entre IU e paridade, observaram que o número de partos era um fator importante, capaz de interferir no estabelecimento da IU, devendo-se esta ocorrência ao fato da sobrecarga de peso que incide na estrutura física feminina durante o período gestacional (DELLU et al., 2008; MOURÃO et al., 2008; JOÃO et al., 2009; SCARPA et al., 2008). No presente estudo, porém, esta relação não foi observada, mesmo considerando-se a especificidade do tipo de parto, já que as mulheres que tiveram mais partos vaginais não tiveram- maior índice de perdas urinárias.

Não só a influência do número de partos, mas do tipo de parto em si também tem sido foco de discussões. Duas pesquisas apresentaram que a diferença entre o tipo de parto não foi significativa para a IU (SLAZAR et al., 2005; ZHU et al., 2010). Contraindo-se a estes resultados, alguns autores consideram que o tipo de parto pode ser considerado um fator de risco, tendo em vista que gestantes que tiveram maior número de partos normais em seu histórico de paridade desenvolveram mais IU em comparação a gestantes com maior índice de cesarianas (MOURÃO et al., 2008; JOÃO et al., 2009; AMARO et al., 2009).

A ocorrência de episiotomia durante o parto e a realização de cirurgias ginecológicas prévias como histerectomia, por exemplo, são consideradas importantes fatores de risco para IU (HIGA, LOPES, 2005; ALVARO, 2010). Ambas as variáveis foram levantadas neste estudo sem, entretanto, encontrar-se qualquer relação entre estas e a ocorrência de incontinência urinária.

Considerando-se a influência de algumas patologias para o estabelecimento da IU, a HAS e DM são importantes fatores de risco. Em uma pesquisa específica, observou-se que 33,33% dos indivíduos com queixas urinárias apresentavam hipertensão arterial e destes, 38,1% faziam uso de diuréticos. Observou-se ainda que as mulheres com HAS tinham 3,8 vezes mais chances de desenvolver IU (MOURÃO et al. 2008). Apesar desta importante relação entre a HAS e IU, evidenciada pelo estudo citado, não se conseguiu demonstrar a mesma relação entre as idosas pesquisadas, porém a variável HAS apresentou forte tendência para atestar relação com a IU ($p= 0,056$).

Acredita-se que a influência da HAS nos quadros de perdas urinárias esteja possivelmente relacionada ao uso de diuréticos; no entanto, em um estudo realizado com mulheres hipertensas, a IU não

pôde ser explicada pelo uso deste medicamento, (HIGA; LOPES, 2005), reforçando o achado nesta pesquisa, na qual também não foi encontrada tal relação.

Em relação ao DM, acredita-se que esta seja outra doença crônica com relação direta com a ocorrência de IU, (DANFORTH et al., 2006), sendo considerada como uma das hipóteses para esta influência, aquela decorrentes de complicações microvasculares que advém em consequência da doença, levando a alterações na inervação e função detrusora (SARMA, 2009). Um estudo específico identificou que entre as mulheres diabéticas os tipos mais prevalente foram a IU por esforço e a mista, (IZCI Y et al., 2009), corroborando o achado deste presente estudo, que identificou a maior ocorrência da IU por esforço entre as mulheres com DM.

Diante de todos os índices relatados nesta pesquisa no tocante às idosas hospitalizadas com incontinência urinária, o dado que merece destaque, pelo impacto que gera na qualidade de vida destas mulheres, é o tempo de perdas urinárias, já que aproximadamente 34 % relataram perder urina há mais de três anos. Este achado vem reforçar o subregistro existente, a falta de abordagem dos profissionais sobre o assunto e, sobretudo, a não procura por tratamento, fazendo com que estas mulheres convivam anos com o problema.

Neste sentido, estudos apontam para uma necessidade crescente do incremento das ações de enfermagem junto ao paciente hospitalizado, visto os altos índices de prevalência de IU encontrados (DINGWALL et al., 2006; SILVA,SANTOS, 2005). Tais ações de enfermagem devem ser individualizadas, voltadas para o ensino do autocuidado, contemplando as necessidades de cada paciente. Além disso, deve ser capaz de estimular o despertar da consciência e do comprometimento com o tratamento, culminando na melhora da autoestima, da autonomia e da recuperação da continência (HONÓRIO; SANTOS, 2010).

CONCLUSÕES

Os resultados indicam uma grande demanda de idosas hospitalizadas com incontinência urinária, sendo fundamental que os enfermeiros saibam lidar com o problema de modo a criar estratégias de cuidado que visem não só a promoção do cuidado específico para essa

clientela, mas também à prevenção da incontinência urinária. Esta, por sua vez, deve ser iniciada ainda na Atenção Primária de Saúde e receber continuidade no âmbito hospitalar. Aponta-se, assim, a importância do domínio por parte dos enfermeiros sobre o assunto, tornando-se as medidas comportamentais e os hábitos de vida modificáveis como ferramentas indispensáveis para a assistência à paciente idosa com incontinência urinária.

Os resultados encontrados sugerem ainda que a IU seja um problema complexo e que as abordagens dos fatores predisponentes e o diagnóstico devam ser realizados considerando seu aspecto plurifatorial, devendo sua análise ser feita em conjunto, de forma integrada, com toda a história de vida do paciente, bem como dos aspectos de saúde e doenças, além de considerar também seus hábitos de vida.

Acredita-se que a presente pesquisa vem contribuir no sentido de alertar para os altos índices de pacientes hospitalizados com IU, vislumbrando medidas por vezes preventivas, ou mesmo comportamentais, que podem ser ensinadas, sugeridas ou mesmo estimuladas pela equipe de enfermagem ainda no ambiente hospitalar, culminando em melhoria nos hábitos de vida e de saúde e, conseqüentemente, em melhorias também no envelhecer saudável.

Deve-se considerar a necessidade de maior aprofundamento acerca dos hábitos alimentares, uma vez que se considerou apenas o consumo de cafeína e derivados, sendo necessário investigar a fundo o consumo e a frequência de outros grupos alimentares, sobretudo os irritantes vesicais. Esta, talvez, constitua-se em outra fragilidade do estudo, pois, apesar de terem sido levantados aspectos dos hábitos de vida, como exercícios e alimentação, as respostas nem sempre acabaram refletindo a realidade de cada idosa, uma vez que os longos períodos de hospitalização acabam interferindo em tais hábitos, seja através da inatividade física, seja da dieta alimentar. Em função disso, as mudanças ocorridas pelo próprio processo de hospitalização, podem ter influenciado nas respostas das idosas.

Os dados apresentados revelam a necessidade de estudos similares, uma vez que muitas informações sobre os fatores predisponentes ainda mostram-se controversas. Isto porque a maioria dos estudos trazidos para a discussão tem seus dados provenientes de uma realidade não hospitalar, o que dificulta inferências e comparações com os achados nesta pesquisa.

Considerando-se a complexidade do tema e a existência de

inúmeros fatores de risco associados ao impacto gerado à vida da mulher idosa acometida com IU, é fundamental investir na capacitação dos profissionais de saúde não só no âmbito ambulatorial, mas também no hospitalar, para que saibam lidar com o problema e garantam a terapêutica adequada a esta clientela.

Reforça-se aqui o significativo papel do enfermeiro na detecção do problema e, sobretudo, na implementação de um plano de cuidados que visem a estratégias conservadoras e não invasivas para a minimização das perdas urinárias, ou mesmo para a recuperação da continência. O baixo custo, associado aos efeitos benéficos das intervenções que os enfermeiros são capazes de realizar junto ao paciente incontinente, torna-se um diferencial na assistência a esta clientela idosa.

REFERÊNCIAS

AMARO, J.L. et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in brazilian women. **Int. Braz J. Urol.**, v. 35, n. 5, p. 592-598, 2009.

ABRAMS, P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. **Urology**, v. 61, p. 37-49, 2003.

ALVARO, R. et al. Epidemiological aspects of urinary incontinence in female population of in Italian region. **Int Urogynecol J.**, v. 21, n. 7, p. 873-883, 2010.

BERLEZI et al. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 415-423, 2011.

BUSATO, J. R.; WILSON, F.S.; MENDES, F.M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **ACM Arq Catarin Med.**, v. 36, n. 4, p. 49-55, 2007.

CAETANO, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Rev Bras Med Esporte**, v. 13, n. 4, p. 270-274, 2007.

DANFORTH, K. N. et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 194, n. 2, p. 339-345, 2006.

DELLU, M.C.; ZACARO, P.M.D.; SCHMITT, A.C.B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Rev Bras Fisioter.**, v. 12, n. 6, p. 1-6, 2008.

DINGWALL, L.; MCLAFFERTY, E. Do nurses promote urinary incontinence in hospitalized older people?: an exploratory study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, p. 1276-1286, 2006.

HANNESTAD, Y.S. et al. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian

EPINCONT Study. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 110, n. 1, p. 247-254, 2003.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 422-428, 2005.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M.; REIS, M. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 42, n. 1, p. 187-192, 2008.

HONÓRIO, M.O.; SANTOS, S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 51-56, 2009.

HONÓRIO, M.O.; SANTOS, S.M.A. A rede de apoio ao Paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 383-388, 2010.

IZCI, Y. et al. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. **Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 20, n. 8, p. 947-952, 2009.

JOÃO, L.A. et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. **International Braz. J. Urol.**, v. 35, n. 5, p. 592-598, 2009.

MELO, B.E.S.; FREITAS, B.C.R.; OLIVEIRA, V.R.C.; MENEZES, R.L. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

MOURÃO, F. A. G.; LOPES, L. N.; VASCONCELLOS, N. P. C.; ALMEIDA, M. B. A. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta fisiátrica**, v. 15, n. 3, p. 170 – 175, 2008

NASSAR, S.M et al. **S EstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

ROHR, G. et al. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. **Scand J Prim Health Care**, v. 23, n. 4, p. 203-208, 2005.

SANTOS, C.R.S.; SANTOS, V.L.C.G. Prevalência da IU em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre (MG), Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, 903-910, 2009.

SCARPA, K.P. et al. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 7, p. 355-359, 2008.

SHAKHATREH, F. M. Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian women. **Saudi Med J.**, v. 26, n. 5, p. 830-835, 2005.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2012.

SILVA, A.P.M.; SANTOS, V.R.C.G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 39, n. 1, p. 36-45, 2005.

SLAZAR, A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina. **Revista Chilena de Urologia**, v. 70, n. 1/2, p. 55-63, 2005.

SARMA, A. V. et al. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. **Urology**, v. 73, n. 6, p. 1203-1209, 2009.

TAMANINI, J.T.N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary amog elderly people in the municipality of São Paulo, Brazil: SABE study. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, 2009.

TOWSEND, M. K. et al. Body mass index, weight gain, and incident urinary incontinence in middle-aged women. **Obstet Gynecol.**, v. 110, n. 2, Pt 1, p. 346-353, 2006.

VIRTUOSO, J.F.; MAZO, G.Z.; MENEZES, E.C. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. **Rev Bras Fisioter.**, v. 14, n. 4, p.310-317, 2011.

ZHU, L. et al. Epidemiology of mixed urinary incontinence in China. **Int. J. Gynaecol Obstet.**, v. 109, n. 1, p. 55-58, 2010.

ZHU, L. et al. Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. **Int. Urogynecol J.**, v. 21, n. 5, p. 589-593, 2010.

5.2 MANUSCRITO 2: O SUB-REGISTRO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

O SUBREGISTRO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

LOCKS, Melissa Orlandi Honório
SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos

RESUMO: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa cujo objetivo principal foi conhecer a realidade da incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas nas unidades de Clínica Médica de dois hospitais públicos de Florianópolis e identificar as estratégias de assistência e educação em saúde utilizada por suas equipes de enfermagem. A coleta de dados deu-se de agosto de 2010 a março de 2011 e ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com 09 profissionais enfermeiros no total das duas instituições. Além disso, foram aplicados questionários com 124 pacientes idosas internadas nos hospitais selecionados, além de coleta de dados nos respectivos prontuários, levantando-se aspectos específicos da IU nos registros realizados pelas equipes de saúde em cada um deles. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e inferencial e os dados qualitativos através da análise temática. Como resultado, constatou-se que 96 idosas (77,4%) relataram não terem sido questionadas sobre a IU no período da hospitalização por nenhum profissional de saúde. Além disto, a IU não apareceu como diagnóstico em nenhum prontuário analisado. Por meio dos relatos dos enfermeiros, notou-se que a existência da metodologia da assistência implementada favorece a coleta das informações e propicia a realização de cuidados mais direcionados. Porém, a existência da SAE não influencia a abordagem do assunto, pois, no hospital em que a conduta é adotada, apenas 15,8% das pacientes foram questionadas sobre a IU; já no hospital em que a mesma não é utilizada, houve aumento deste dado 35,7%. Por outro lado, as anotações complementares realizadas pelos técnicos, em sua maioria,

apresentavam informações sobre os hábitos urinários e eliminações vesicais, sendo que a frequência dos registros foi percebida de forma similar nas duas instituições: 92,8% no hospital sem a SAE e 87,80% na outra instituição.

Descritores: Sistematização da assistência. Incontinência urinária. Idoso.

LO SUBREGISTRO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: UN DESAFÍO PARA EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

RESUMEN: Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo y cualitativo, de tipo prospectivo y transversal, cuyo objetivo principal es conocer la realidad de la incontinencia urinaria en mujeres ancianas. En las unidades de Clínica Médica de dos hospitales públicos de Florianópolis y se busca identificar las estrategias de asistencia y educación en la salud utilizadas por sus equipos de enfermería. La obtención de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas con los enfermeros profesionales, y entrevistas estructuradas realizadas con las pacientes ancianas internadas en los hospitales seleccionados. También, se llevó a cabo un análisis documental de los prontuarios en relación a los aspectos específicos de la IU, en los registros hechos por los equipos de salud en cada uno de ellos. Como resultado, se constató que 96 ancianas (77,4%) relataron no haber sido cuestionadas sobre la IU en el período de hospitalización, por ningún profesional de la salud. Además, la IU no apareció como diagnóstico en ningún prontuario analizado. Por medio de los relatos de enfermeros, se notó que la existencia de la metodología sobre la asistencia implementada favorece la recolección de las informaciones y propicia la realización de cuidados más direccionados. Pero, la existencia de la SAE no influencia el abordaje del tema, pues en el hospital en que la conducta es adoptada, apenas 15,8% de las pacientes fueron cuestionadas sobre la IU. Sin embargo, en el hospital en que la misma no fue utilizada, hubo un aumento del 35,7% sobre este dato. Por otro lado, las anotaciones complementarias realizadas por los técnicos, presentaban, en su mayoría, informaciones sobre los hábitos urinarios y eliminaciones vesicales. Siendo que la frecuencia de los registros fue

percibida de forma similar en las dos instituciones: 92,8% en el hospital sin SAE y 87,80% en la otra institución.

Descriptor: Sistematización de la asistencia. Incontinencia urinaria. Anciano.

THE UNDERREPORTING OF URINARY INCONTINENCE IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: A CHALLENGE FOR THE NURSING TEAM

ABSTRACT: This is a study on quantitative and qualitative approach, of prospective and transversal type, whose main purpose is to understand the reality about urinary incontinence, in elderly women are hospitalized in the clinical medical units of two public hospitals, in Florianópolis, and the goal is to identify strategies for health education and care used by their nursing teams. Data collection was realized through semi-structured interviews conducted with the professional nurses, and structured interviews conducted with the elderly patients admitted to the selected hospitals. It was also conducted the investigation of medical reports, rising aspects of the UI, in records obtained by the health teams in each hospital. As a result, it was possible to find that 96 elderly (77.4%) reported they had not been asked about the UI, during their hospitalization, by any health professional. Furthermore, the UI did not appear in any medical record analyzed. Through the nurses' reports, it was possible to observe that the assistance methodology implemented favored the collection of information, and provided the achievement of more targeted care. However, the existence of SAE does not affect the approach to the subject because at the hospital in which the regulation was adopted, only 15.8% of patients were questioned about the UI. Nevertheless, at the hospital in which it was not used, there was an increase of 35.7% of these data. Moreover, the additional notes made by the technicians, mostly contained information about urinary habits and bladder eliminations. However, the frequency of records was perceived in a similar way in both institutions: 92.8% in the hospital without SAE and 87.80% at the other institution.

Key words: Care systematization. Urinary incontinence. Elderly.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que os idosos, ao adentrarem no ambiente hospitalar, trazem consigo um gama de necessidades a serem levantadas e cuidadas pela enfermagem, sobretudo pela facilidade com que desenvolvem as multipatologias crônicas. Dentre essas carências de cuidado podemos incluir a incontinência urinária (IU), não só pelos altos índices de acometimento em idosos, mas também pela complexidade envolvida entre diagnóstico e tratamento.

A prevalência das pessoas hospitalizadas com incontinência urinária pode chegar a 35%, sendo esse um achado com maior significância em mulheres, em pacientes com maior tempo de internação hospitalar e com infecções urinárias associadas (SILVA; SANTOS, 2005). Apesar desta casuística, a incontinência urinária muitas vezes é subestimada, não sendo em aspecto investigado na avaliação médica e de enfermagem durante o processo de hospitalização. Algumas pesquisas vêm sinalizando uma necessidade iminente de ações específicas de enfermagem junto ao cliente hospitalizado, considerando os altos índices de prevalência de IU encontrados (DINGWALL, MCLAFFERTY, 2006; SILVA, SANTOS, 2005).

No ambiente hospitalar, especificamente, as necessidades de cuidados devem ser levantadas ainda nos primeiros momentos da hospitalização, sendo continuadas durante toda a fase de permanência do cliente na instituição, até o momento da alta.

Frente a essa demanda, o uso da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) acaba auxiliando o enfermeiro por ser uma ferramenta que o torna capaz de aplicar seus conhecimentos e conquistar o reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado ao paciente (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011). Tratando-se de cuidado, quando se aborda a especificidade do paciente idoso, acredita-se que esse deva estar cada vez mais voltado às necessidades específicas dos mesmos, sendo relevante levar em conta a sua avaliação sobre a própria saúde e qualidade de vida (FILGUEIRAS et al., 2007).

Dessa forma, para atender a uma determinada filosofia de trabalho, a SAE deve ser muito bem embasada e a fase de coleta de dados, acima de tudo, sistemática e específica para cada cliente, já que tal levantamento de dados é o alicerce no qual se fundamenta o cuidado de enfermagem (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

Infere-se assim, uma necessidade de reflexão maior quanto à

notificação da incontinência urinária durante as internações hospitalares, visto que muitas vezes, os registros da equipe de saúde e, principalmente, dos enfermeiros, não evidenciam as queixas dos pacientes a respeito deste problema e, quando estes estão presentes, dão-se de forma incompleta (CUNHA; BARROS, 2005).

Essas questões, ora apresentadas, demonstram uma necessidade de aprofundar os aspectos que circundam a assistência recebida pelos pacientes idosos incontinentes durante as internações hospitalares. Assim, esse estudo teve como objetivo principal conhecer a realidade da incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas nas unidades de Clínica Médica de dois hospitais públicos de Florianópolis e identificar as estratégias de assistência e educação em saúde utilizada por suas equipes de enfermagem.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo prospectivo e transversal, onde a coleta de dados ocorreu nas unidades de Clínica Médica de dois hospitais públicos de Florianópolis, sendo um hospital com metodologia da assistência implementada (H1) e outro que não contava com essa ferramenta de trabalho (H2).

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2010 a março de 2011 e deu-se em três etapas: entrevista com enfermeiros; aplicação de questionário com as clientes idosas; e, por fim, coleta de dados nos prontuários das mesmas.

Inicialmente a coleta de dados ocorreu com a aplicação do questionário com 124 clientes idosas hospitalizadas. A definição da amostra baseou-se na estratificação, considerando-se as distintas realidades hospitalares no que se refere às quantidades de leitos, permanecendo 82 mulheres do H1 e 42 idosas do outro hospital (H2), (IC= 95% e erro amostral máximo de 10%), conforme cálculo realizado no programa computacional Sestatnet (NASSAR et al.,2009). A amostra foi intencional, não probabilística, tendo em vista que entraram no estudo todas as pacientes internadas, com idade igual ou superior a 60 anos, durante o período de coleta de dados.

Concomitantemente a aplicação dos questionários e dada a complexidade do tema, optou-se também em analisar os prontuários das idosas entrevistadas (n=124), utilizando-se para tanto, um guia

estruturado para a busca das informações nos registros.

No que se refere às entrevistas com enfermeiros, última etapa da coleta de dados, essas ocorreram com base em um guia semiestruturado, sendo as falas transcritas e analisadas a luz da Análise Temática (MINAYO, 2004). As entrevistas foram realizadas com nove enfermeiros no total, sendo 06 do H1 por ter duas unidades de Clínica Médica e 03 do H2. Para a realização das entrevistas oportunizou-se aos informantes que escolhessem melhor dia e horário para a realização da mesma, todavia, os enfermeiros participantes optaram em realizá-la no próprio ambiente de trabalho, ou seja, na clínica médica. O ambiente também foi escolhido pelos enfermeiros, sendo em sua maioria a sala da chefia de enfermagem. Quanto ao horário de realização, todos preferiram fazer a entrevista durante sua jornada de trabalho, em horários em que a unidade costumava ficar mais calma. Sendo assim, cada enfermeiro acabou sugerindo um horário que considerava mais oportuno.

Os dados quantitativos coletados foram inicialmente organizados nas planilhas no programa Excel 2003[®] for Windows[®], sendo realizada a análise estatística descritiva e inferencial utilizando a ferramenta computacional on-line SestatNet - Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web (NASSAR et al., 2009). Efetuou-se a estatística descritiva de todas as variáveis do estudo, sendo utilizado média, mínimo, máximo e desvio-padrão para as variáveis quantitativas discretas e a análise da frequência relativa e absoluta das variáveis qualitativas ordinais e nominais. Para análises inferenciais, foi utilizado o nível de confiança de 95%, bem como nível de significância de 5%.

Os participantes do estudo, sejam pacientes ou enfermeiros, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa respeitou os princípios fundamentais que regem o Código de Ética em Enfermagem e os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), conforme protocolo 742.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em um primeiro momento, ao analisar os relatos dos enfermeiros, são visíveis as dificuldades encontradas pelos mesmos diante da necessidade de registrar os cuidados realizados, ou mesmo de planejar as ações para a equipe de enfermagem.

O registro da assistência é uma dificuldade. Não tem metodologia, tão tentando fazer. (...) Como fica normalmente só um enfermeiro quem mais faz registros são os técnicos (...). É uma dificuldade, a gente faz apenas um relatório. Algumas coisas a gente registra na prescrição médica mesmo, mas a maior parte do tempo, a gente faz um relatório para passar o plantão. (E1 do H2)¹.

Os depoimentos evidenciam dois problemas importantes: o primeiro refere-se ao pequeno número de profissionais para atender uma grande demanda de pacientes; o segundo diz respeito à ausência de uma metodologia para guiar a assistência de enfermagem.

A SAE é considerada uma metodologia de organização, a qual possibilita ações sistematizadas e inter-relacionadas, viabilizando assim uma melhor organização da assistência, de modo a atender as reais necessidades de cuidado (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Diante desta premissa e acreditando que a SAE seja capaz de oferecer subsídios para um melhor direcionamento e organização do cuidado, verificou-se que existe um esforço por parte dos enfermeiros para coletar as informações necessárias junto ao cliente e à família, com vistas a pensar um plano de cuidados, porém isso acaba por ocorrer de forma não sistematizada e sem registro de todos os passos. Associado a isto, os registros das condições de saúde e da evolução do quadro clínico das clientes passam a ser assumidos pelos auxiliares e técnicos de enfermagem que se limitam, muitas vezes, a descrições superficiais e incompletas. Esses aspectos ficam bastante evidenciados no relato de uma das enfermeiras informantes nesse estudo, como pode ser

¹ Para garantir o anonimato dos sujeitos estes foram identificados pela letra E do alfabeto, referindo-se a enfermeiros e na sequência foram numerados por ordem de entrada no estudo.

observado a seguir:

Na verdade não tem histórico, mas a gente sempre tem a evolução médica, a evolução dos funcionários. (...) Então isso, de uma forma ou de outra, não tem histórico, mas tem o registro das eliminações, de quantidade, de consistência,... então a gente tem bastante essa preocupação aqui. (E1 do H2).

Se, de um lado, a ausência da SAE é apontada como algo necessário no hospital em questão, por outro, o trabalho dos técnicos de enfermagem na realização dos registros é percebida como positivo, pois, na visão destes enfermeiros, isto permite que a enfermeira consiga dispensar mais tempo na assistência direta ao paciente, realizando os cuidados.

Ah, eles registram em número de vezes e colocam no relatório (referindo-se aos técnicos). Tem uma folha de controle de sinais vitais e aí do lado eles anotam as eliminações. Aqui realmente as anotações são mais feitas pelo técnico mesmo. E a gente fica mais com o paciente mesmo (E2 do H2).

Acredita-se que o profissional de enfermagem que realiza uma assistência de enfermagem instrumentalizada pela SAE é capaz de associar teoria e prática, além de obter um *feedback* do cuidado prestado e da evolução do paciente frente a ele. Infere-se, ainda, que a realização dos registros de enfermagem, por ser um meio que efetivamente comprova a qualidade do cuidado e, para tanto deva ser realizado com especial atenção, visto que constituem parte inerente ao processo de cuidar (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007).

Corroborando a ideia quanto à importância da SAE para o desenvolvimento de uma enfermagem mais concisa e instrumentalizada, ao analisarem-se as falas dos enfermeiros do hospital com uma metodologia de assistência, é perceptível, pelos próprios relatos dos sujeitos, que isto acaba favorecendo a coleta das informações de maneira mais completa, de modo a permitir uma melhor organização do

cuidado a ser prescrito e prestado.

Ah sim, no começo do histórico de enfermagem, a gente procura saber se essa paciente tem um cuidador, o quê que ela consegue fazer sozinha, o quê que ela precisa de ajuda, (...) se é uma paciente dependente ou semi-dependente, a gente procura orientar o familiar quanto à questão do banho, da alimentação, de locomoção, da segurança do paciente, enfim, essas questões assim mais de cuidados gerais. (E4).

Trazendo esse aspecto para a preocupação quanto à notificação da IU, a realização de um histórico de enfermagem já na chegada do cliente parece favorecer o levantamento das necessidades de eliminações, propiciando a coleta de informações completas, de modo a contribuir para a elaboração de um plano de cuidados sistematizado e individualizado.

Normalmente a gente pergunta se ela tem, se ela usa, como é que ela urina, se ela urina em fralda, se ela sente alguma dificuldade, se ela vai ao banheiro (E3 do H2).

Na chegada da paciente a gente faz um histórico de enfermagem e aí a gente já coleta dados de como era a vida pregressa em casa. No caso específico da mulher, a parte menstrual, se ela já tá na menopausa. A parte de eliminações, a parte urinária, se já tem problemas com eliminações, se não tem. Como é que ela já fazia essa higiene, o controle médico dela, a parte íntima, a parte de alimentação (E5 do H1).

(...) É feito então registro através do SOAP e das prescrições e o histórico de enfermagem também. Quando a gente admite o paciente, é sempre perguntado em relação as eliminações, como é que é, como é que era em casa e como é que a gente vai fazer aqui no hospital, a gente registra tudo (E6 do H1).

(...) a paciente, se tem condições de responder a

gente já pergunta como é que tá, como é que ela consegue, se ela consegue se levantar, se ela não consegue, é, se ela consegue ir ao banheiro se não consegue. Então, na primeira abordagem, a gente já identifica com é que vai ser o plano pra essa paciente (*E7 do H1*).

Trabalhar em uma instituição com uma metodologia já implantada dá autonomia à profissão e permite a utilização de ferramentas apropriadas que facilitam os registros e controles (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011). Porém, contrapondo-se ao relatado pelos enfermeiros deste estudo, uma pesquisa que buscou analisar as etapas da SAE, identificou que grande parte dos históricos de enfermagem avaliados estava incompleta, e as necessidades de eliminações foi uma das lacunas identificadas. Percebe-se que os enfermeiros muitas vezes têm utilizado o histórico de forma parcial, valorizando mais algumas necessidades de cuidado, em detrimento de outras, contribuindo para uma fragmentação dos cuidados e descaracterizando a individualização da assistência ao paciente (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Acredita-se, assim, que a falta de informações pode intervir negativamente na recuperação do cliente e, invariavelmente, dá a ideia de que este, no seu processo de cuidado, não foi contemplado de maneira global e individualizada (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007). Desta forma, a que se pensar que a SAE isoladamente não é resolutiva uma vez que o envolvimento e comprometimento por parte dos enfermeiros e sua equipe deve existir para o alcance dos objetivos planejados para o cuidado.

Analisando as outras etapas do processo de enfermagem, observa-se pelos relatos que as eliminações urinárias são valorizadas também na evolução de enfermagem:

(...) uma coisa que eu coloco sempre na evolução também é a questão da frequência e a característica das eliminações, mesmo se o paciente, urina em fralda que não tem esse controle, mas sempre observar assim, se nessa fralda não vai ter um resquícius de sangue, sempre observar a frequência que acontece. Isso geralmente os técnicos é que evoluem nas evoluções dele. (*E6 do H1*).

Apesar de o levantamento das necessidades de cuidado quanto às eliminações serem realizados, segundo o que aparece nas falas, tanto o plano de cuidados, quanto a prescrição de enfermagem propriamente dita, trazem algumas fragilidades que merecem ser ressaltadas.

É eu sempre coloco, observar e registrar as características e frequência das eliminações intestinais e vesicais, pra tarde, noite e manhã (*E6 do H1*).

Bom, só que eu de repente eu me antenei agora de que isso mesmo, a gente não discute muito esse assunto [IU] e não prioriza muito esse aspecto do cuidado, quando a gente registra, a gente registra como uma constatação, e quase nunca como uma preocupação mesmo, e dificilmente a gente vai encontrar uma intervenção na prescrição de enfermagem, dificilmente (*E9 do H1*).

Percebe-se que a prescrição dos cuidados acaba sendo geral e superficial. Não se observam cuidados resolutivos e mais direcionados para a incontinência urinária. Muitas vezes, as ações de cuidados são voltadas para a observação e o registro, ou mesmo relacionadas tão somente aos cuidados de higiene e conforto.

Sabe-se, entretanto, que as ações de cuidado para a enfermagem ao paciente incontinente transcendem as citadas acima. Cuidados específicos com hábitos alimentares e intestinais, acesso facilitado ao banheiro, exercícios ativos de reeducação vesical e fortalecimento do assoalho pélvico inferior, bem como cuidado com o aprazamento e efeitos adversos de algumas medicações são estratégias de cuidado que minimizam as perdas urinárias e que podem ser realizadas ainda no ambiente hospitalar pelo enfermeiro (HONÓRIO; SANTOS, 2010). Apesar de esta não ter sido a realidade de cuidado verbalizada, demonstrou-se uma preocupação neste sentido:

E nós temos que aprender a lidar com isso [IU] então eu acho que daqui pra frente, educação prá saúde vai ter que ser muito valorizado em todos os ambientes da rede, e nós principalmente. O plano de alta dentro do hospital vai ter que ser feito com

muita responsabilidade, muito dirigido, muito individualizado, não vai muito longe sem que esse aspecto do cuidado seja uma prioridade (*E9 do H1*).

Além da falta de cuidado específico ao paciente incontinente, outra questão surgida foi sobre o cuidado ao paciente idoso:

(...) não tem é diferença no atendimento, se é uma pessoa é ou não idosa, é claro que as pessoas mais idosas demandam maior cuidado, demandam maior grau de dependência e a gente acaba atuando mais em cima da dependência que essas mulheres apresentam. Têm mulheres idosas que são independentes então não vão ter um atendimento muito diferenciado de quem não é idoso(...) (*E7 do H1*).

Percebe-se, pelo relato acima transcrito, que, muitas vezes, a assistência de enfermagem está sistematizada pelo grau de dependência e não pela faixa etária, não sendo dispensados cuidados diferenciados ao paciente por ele ser idoso. No entanto, este requer cuidados individualizados, sobretudo pelas peculiaridades com que desenvolve doenças crônico-degenerativas e pela complexidade envolvida no cuidado a esta clientela. No que se refere ao cuidado ao paciente, aqui em especial o idoso, a sistematização da assistência deve requerer que os profissionais de enfermagem envolvidos no processo realizem as ações com compromisso ético, moral e responsabilidade, permitindo assim, uma maior aproximação junto ao paciente, tanto no momento de sua elaboração do plano de cuidados quanto na prestação dos mesmos (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Considerando-se os apontamentos acima e dada à importância e complexidade do tema, optou-se em também conversar com as pacientes, com o intuito de avaliar através dos relatos assim colhidos, suas percepções quanto à abordagem recebida, por meio dos profissionais de saúde, no que se refere à IU durante a hospitalização.

Para tanto foram entrevistadas 124 mulheres, sendo 82 do H1 e 42 do H2. A idade média das idosas selecionados foi de 72,2 ($\pm 8,5$) anos, variando entre 60 e 97 anos.

Dentre outros aspectos investigados, perguntou-se às pacientes se durante o período de internação algum profissional de saúde as havia questionado sobre a ocorrência de IU. Os resultados obtidos estão demonstrados em forma de Tabela (Tabela 1), apresentada abaixo.

Tabela 1: Relação entre instituição de saúde e questionamento acerca da ocorrência de incontinência urinária por algum profissional de saúde durante o período de hospitalização. Florianópolis, 2012.

Questionamento acerca da ocorrência de incontinência urinária	Instituição de Saúde		Total	p-valor
	(H1)	(H2)		
Sim	13	15	28	0.0123025
Não	69	27	96	
Total	82	42	124	

(*) Teste Qui-quadrado de associação

Percebe-se que a maioria (77,4%) não foi questionada sobre se tinha ou não perdas urinárias. Analisando-se os dados separadamente, percebe-se que na instituição com sistematização da assistência, apenas 15,8% das pacientes afirmaram terem sido questionadas sobre o assunto. Estranhamente, a outra instituição, sem a SAE implementada (H2), apresentou esta abordagem em 35,7% dos casos. Em uma primeira análise, o fato de um deles ser um hospital-escola (H1), tendo uma sistematização da assistência implantada, não influenciou a abordagem sobre o assunto. *A priori*, acredita-se que o uso de um modelo predeterminado de assistência não determina uma maior qualidade na assistência em saúde (NASCIMENTO et al., 2008). Considera-se, nesta situação, que há uma dicotomia entre o que é dito pelos enfermeiros e o que é mencionado pelos pacientes. A partir desta constatação, acredita-se que existam outras interfaces que mereçam ser avaliadas e refletidas.

Durante a análise dos prontuários - terceira etapa de coleta de dados -, ao se avaliar os registros da equipe de saúde na íntegra, percebe-se que a incontinência urinária não foi apontada em nenhum deles como diagnóstico médico, ou mesmo foi considerada como um problema de enfermagem com ações específicas necessárias a serem desenvolvidas. Apesar destas informações, no grupo de pacientes idosas

investigadas neste estudo, a prevalência da IU relatada pelas próprias pacientes foi de 70,16% (n87). Conforme se percebeu anteriormente, na própria fala das enfermeiras, esta era uma questão registrada, porém, de forma superficial. Os registros de enfermagem, as intervenções e cuidados prestados eram limitados a orientações quanto à higiene e ao conforto. As informações registradas sobre as eliminações vesicais eram gerais, aparecendo comumente termos como “diurese presente”, “eliminações ok” ou mesmo informações específicas sobre as características da diurese quanto a odor, volume e coloração.

Frente a esse achado, nota-se a ausência de padronização dos registros, sendo comum o uso de abreviações, de informações curtas e incompletas. Corroborando esse achado, uma pesquisa realizada com o intuito de avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, identificou que nos 424 prontuários analisados, os principais problemas encontrados foram: anotações e evoluções de enfermagem indistintas quanto ao conteúdo, ou, ainda, semelhantes à evolução médica, incluindo condutas e prescrições. Além disso, também apresentaram falhas como ilegitimidade, erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta, de siglas não padronizadas e sem referência em algum local do prontuário, bem como falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível (SETZ; INNOCENZO, 2009).

Comparando-se os registros de anotações complementares, realizados por profissionais de nível médio nos dois hospitais, percebeu-se que, em sua maioria, tais anotações apresentavam informações sobre os hábitos urinários e eliminações vesicais, sendo que a frequência dos registros foi percebida de forma similar nas duas instituições: 92,8% no hospital sem a SAE e 87,80% na outra instituição.

Além das anotações complementares, outro registro comum em ambos os hospitais é a prescrição médica, uma vez que a prescrição e evolução de enfermagem não existem na instituição sem a SAE. Sobre as prescrições médicas analisadas, constatou-se que 87,8% (H1) e 92,8% (H2) não continham qualquer cuidado específico à função urinária.

Desta forma podemos trazer aqui outro tópico de discussão, colocando em reflexão o papel do profissional de saúde diante desta situação. Se, de um lado, existe o tabu do próprio paciente em falar sobre o assunto, de outro, existe a necessidade de empatia, de estabelecer uma relação aberta e de confiança entre as partes para que esse assunto consiga ser colocado de forma tranquila e aberta pelos

idosos.

Com base no estudo aqui realizado, sugere-se que a SAE pode sim contribuir para o cuidado ao idoso com IU e a realização dos registros por parte da equipe de enfermagem, porém outros aspectos precisam também ser considerados. Dentre eles pode-se destacar a dificuldade em abordar o assunto com os pacientes, desconhecimento quanto às possibilidades terapêuticas específicas para a IU, falta de preparo por parte dos profissionais para lidar com o problema associado ao dimensionamento quantitativo institucional. Estas podem ser também consideradas como justificativas para o sub-registro da IU no âmbito hospitalar. Além disto, é válido ressaltar a importância da SAE neste processo: a falta de domínio de suas etapas e o uso inadequado da metodologia pode dificultar a coleta das informações necessárias e a implementação de um plano de cuidados que atenda de fato às necessidades do idoso com IU. Reforça-se ainda a lacuna existente quanto ao preparo dos enfermeiros, gerando necessidade de ações direcionadas à sua capacitação para que utilizem de forma efetiva e correta esta metodologia de assistência em sua prática cotidiana (SILVA et al, 2011).

CONCLUSÕES

Como resultado, constatou-se que 96 idosas (77,4%) relataram não terem sido questionadas sobre a IU no período da hospitalização por nenhum profissional de saúde. Além disto, a IU urinária não apareceu como diagnóstico em nenhum prontuário analisado. Pelas falas dos enfermeiros, notou-se que a existência da metodologia da assistência implementada favorece a coleta das informações e propicia a realização de cuidados mais direcionados; entretanto a existência da SAE não foi fator de mudança da prática, pois não ocasionou maior levantamento desta informação junto às pacientes na realidade hospitalar.

Especificamente quando se aborda o assunto IU, vê-se que ainda existe uma série de restrições que cercam o tema, cabendo à enfermagem saber lidar com o assunto de forma empática e respeitosa, considerando os tabus existentes acerca do assunto, seja com a paciente, sua família e mesmo com a própria equipe, permitindo que estes se sintam à vontade em falar do assunto.

Acredita-se que há uma necessidade de investir-se mais na

capacitação dos profissionais não só para a utilização da SAE, como também no que se refere especificamente ao cuidado ao idoso incontinente vislumbrando o desenvolvimento de um trabalho com instrumentos específicos e direcionado a cada realidade, favorecendo um cuidado integral e qualificado à clientela idosa.

REFERÊNCIAS

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-628, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 280-289, 2009.

CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização de Enfermagem, segundo o modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.

DINGWALL, L.; MCLAFFERTY, E. Do nurses promote urinary incontinence in hospitalized older people?: an exploratory study. Oxford: **Journal of Clinical Nursing**, 2005.

FILGUEIRAS, M. C. et al. Fraturas em idosos decorrentes de quedas registradas em hospital terciário de referência em traumatologia no ano de 2004. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 20, n. 4, p. 226-232, 2007.

HONÓRIO, M.O. SANTOS, S.M.A. A rede de apoio ao Paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 383-388, 2010.

MATSUDA LM, CARVALHO ARS, ÉVORA YDM. Anotações /registros de enfermagem em um hospital-escola. **Ciênc Cuid Saúde.**, v.6, supl.2, p.337-346, 2007.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e Vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

NASCIMENTO, K.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NASSAR, S.M. et al. **SEstatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

SETZ, V. G.; INNOCENZO, M. D. Validação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2012.

SILVA, C. C. et al. O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 174-181, 2011.

5.3 MANUSCRITO 3: USO DE FRALDA GERIÁTRICA EM HOSPITAIS: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?

USO DE FRALDA GERIÁTRICA EM HOSPITAIS: SOLUÇÃO OU PROBLEMA?

LOCKS, Melissa Orlandi Honório
SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva e teve como objetivo identificar as estratégias de assistência e educação em saúde utilizadas pelas equipes de enfermagem no cuidado a mulheres idosas com incontinência urinária hospitalizadas nas unidades de Clínica Médica de dois hospitais públicos de Florianópolis. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a março de 2011 e deu-se através de entrevistas semiestruturadas realizadas com 9 enfermeiros das unidades de Clínica Médica das duas instituições pesquisadas. A análise dos dados deu-se à luz da Análise Temática. Como resultado, constatou-se que o uso de fralda geriátrica é a estratégia mais utilizada para conduzir este problema. Além disso, foi verificado que ainda existe tabu em falar sobre a IU, a qual é vista por alguns idosos, e até mesmo pelos profissionais da saúde, como algo inerente ao processo de envelhecimento e sem possibilidades terapêuticas. Acredita-se que a capacitação dos profissionais na área da geriatria e gerontologia, em que a incontinência urinária é considerada um dos cinco gigantes, seja o caminho para que os profissionais de saúde consigam abordar o assunto de forma natural, e que isso propicie a abertura por parte dos pacientes.

Descritores: Incontinência urinária. Idoso. Hospitalização. Enfermagem.

USO DEL PAÑAL GERIÁTRICO EN HOSPITALES: SOLUCIÓN O PROBLEMA?

RESUMEN: Se trata de una investigación de abordaje cualitativa y descriptivo y su objetivo fue identificar las estrategias de educación para la salud y el cuidado utilizado por el equipo de enfermería en el cuidado de las mujeres ancianas con incontinencia urinaria

hospitalizados en unidades de clínica médica de dos hospitales públicos de Florianópolis. La obtención de datos se dio a través de entrevistas semiestructuradas realizadas con los profesionales enfermeros de las unidades de clínica médica de ambas instituciones investigadas. Como resultado, se constató que el uso del pañal geriátrico es la estrategia más utilizada por el equipo de enfermería para enfrentar este problema. Además, fue verificado que existen tabúes para hablar sobre la IU, siendo considerada por algunas ancianas y hasta por los profesionales de la salud como algo inherente al proceso de envejecimiento y sin posibilidades terapéuticas. Se cree que la formación de profesionales en el campo de la geriatría y gerontología, en que la incontinencia urinaria es considerado uno de los cinco gigantes, es la forma en que los profesionales de la salud puedan abordar el tema de una manera natural, y fomenta la apertura por los pacientes.

Descriptor: Incontinencia urinaria. Anciano. Hospitalización. Enfermería.

USE OF GERIATRIC DIAPER IN THE HOSPITALS: SOLUTION OR PROBLEM?

ABSTRACT: This is a research of qualitative approach and descriptive and aimed to identify strategies for health education and care used by nursing staff in the care of older women with urinary incontinence hospitalized in Clinical units of two public hospitals in Florianópolis. Data collection occurred through semi-structured interviews performed with nurses from the clinical units of both researched institutions. As a result, it was found that the use of geriatric diaper is the strategy most commonly used by the nursing staff in order to face this problem. Furthermore, it was verified that there is still some taboos to talk about IU because is considered, by some elderly and even health professionals, as something inherent to the aging process, and without any therapeutic possibilities. It is believed that the training of professionals in the field of geriatrics and gerontology, in that urinary incontinence is considered one of the five giants, is the way that health professionals are able to approach the subject in a natural way, and it fosters openness by patients.

Key words: Urinary incontinence. Elderly. Hospitalization. Nursing.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano traz consigo inúmeros desafios para o cuidado, considerando-se a complexidade que permeia o processo do envelhecer saudável, que transcendem as barreiras físico-funcionais. Dentre tais desafios, pode-se considerar a incontinência urinária (IU), sobretudo pelas implicações psicossociais envolvidas, as quais costumam estar presentes com o surgimento deste problema.

Os significados das implicações transcendem a questão da perda de controle ou do inconveniente físico que afeta o bem-estar emocional, psicológico e social. A perda urinária acaba conotando algo proibido, com sentimento de exposição, semelhantes à obscenidade, o que acaba diminuindo o convívio social e a interação com as pessoas. (HIGA et al., 2010).

Associa-se a isto o fato de que muitos idosos com IU passam anos com o problema sem falar para algum familiar, ou mesmo profissional da saúde, uma vez que as perdas urinárias acabam sendo naturalizadas e inseridas como algo pertencente ao cotidiano dessas pessoas (HONÓRIO; SANTOS, 2009). Para as mulheres, culturalmente falando, a IU faz parte do processo de envelhecimento, sobretudo após o climatério, sendo considerado “normal” que elas apresentem algum tipo de perda urinária na sua velhice (MENEZES et al, 2012).

O papel da equipe de saúde, neste íterim, torna-se fundamental, cabendo a estes profissionais o desafio de desmistificar o problema e instrumentalizar-se de modo a prestar a assistência mais adequada em cada situação.

Dentro do âmbito hospitalar, especificamente, esse desafio acaba tornando-se ainda maior não só pelas altas prevalências encontradas, mas, sobretudo, por ainda ser um aspecto pouco identificado e cuidado durante o período de hospitalização da paciente (SILVA; SANTOS, 2005).

Considerando tais apontamentos, infere-se que a equipe de enfermagem, por estar diretamente envolvida nos cuidados ao paciente idoso durante a sua permanência hospitalar, deva estar preparada e capacitada para atender às demandas de cuidado de forma segura e efetiva.

Segundo essa premissa, desenvolveu-se a presente pesquisa com o objetivo de conhecer a realidade da incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas nas unidades de Clínica Médica de dois

hospitais públicos de Florianópolis e identificar as estratégias de assistência e educação em saúde utilizadas pelas equipes de enfermagem. Neste artigo, serão apresentados os resultados emergidos do segundo objetivo proposto, focando-se na identificação das estratégias de assistência à incontinência urinária (IU) utilizadas pelas equipes de enfermagem às pacientes idosas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa descritiva. A pesquisa ocorreu nas unidades de Clínica Médica de duas instituições hospitalares públicas, em Florianópolis. Uma delas é um hospital onde existe um cuidado guiado pela sistematização da assistência (H1), ao passo que, no outro hospital, essa metodologia não se encontra implementada (H2).

A coleta dos dados ocorreu através da aplicação de uma entrevista com perguntas semiestruturadas com enfermeiros integrantes das equipes das Clínicas Médicas dos hospitais envolvidos na pesquisa no período de fevereiro a março de 2011. Os enfermeiros foram convidados de forma aleatória a participar da entrevista e, em caso de aceite, houve a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos. As entrevistas ocorreram em dia e horários escolhidos pelos enfermeiros, sendo gravadas e transcritas para posterior análise.

Para tanto, entrevistou-se 03 enfermeiros das duas unidades de Clínica Médica do hospital H1 que internam mulheres, totalizando 06 enfermeiros. A outra Clínica Médica existente neste hospital possui apenas pacientes do sexo masculino e não foi incluída no estudo. Três 03 enfermeiros foram entrevistados no segundo hospital, uma vez que este só contava com esse contingente na unidade de Clínica Médica no momento da realização desse estudo. Assim, o número final total de sujeitos que participaram do estudo foi de 09 profissionais.

Para a realização das entrevistas oportunizou-se aos informantes que escolhessem melhor dia e horário para a realização da mesma, todavia, os enfermeiros participantes optaram em realizá-la no próprio ambiente de trabalho, ou seja, na clínica médica. O ambiente também foi escolhido pelos enfermeiros, sendo em sua maioria a sala da chefia de enfermagem. Quanto ao horário de realização, todos preferiram fazer

a entrevista durante sua jornada de trabalho, em horários em que a unidade costumava ficar mais calma. Sendo assim, cada enfermeiro acabou sugerindo um horário que considerava mais oportuno.

A análise dos dados emergidos das entrevistas com os enfermeiros foi realizada à luz da Análise Temática, (MINAYO, 2004, p. 208), sendo essa dividida em cinco etapas: a) leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas para primeira aproximação com as ideias surgidas; b) constituição do *Corpus Documental* a partir dos destaques nas falas transcritas do próprio texto; c) releitura para a identificação das unidades de registros e delimitação do contexto; d) codificação, classificação e definição das categorias; e e) interpretação do significado dos dados. Esse é um processo dinâmico que se repete inúmeras vezes ao longo da análise dos dados à medida que o pesquisador vai depurando seu processo de análise e de interpretação dos mesmos.

Após a autorização das instituições envolvidas, necessária para a viabilização do desenvolvimento da pesquisa, o projeto também foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado segundo o protocolo 742.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da análise e discussão dos dados surgiram 04 temas, sendo neste manuscrito apresentados dois deles: **“Fralda geriátrica: solução ou problema?”** e **“Incontinência Urinária como um tabu a ser vencido”**.

Fralda geriátrica: solução ou problema?

A decisão pela colocação de fralda geriátrica em pacientes acamados ou semi-dependentes costuma ser controversa em algumas práticas hospitalares. A postura e a decisão pelo seu uso permeiam uma série de avaliações prévias, o que inclui avaliação do enfermeiro, abordagem do familiar, questões estruturais do ambiente hospitalar e, sobretudo, análise acurada do quadro de incontinência urinária instalada, incluindo uma anamnese e o exame físico do paciente.

Especificamente neste estudo, os relatos dos próprios enfermeiros apresentam um panorama de como ocorrem essas ações no ambiente hospitalar das instituições envolvidas na pesquisa. Em alguns relatos,

percebe-se que a escolha do uso da fralda é secundária, tentando-se primeiramente outras alternativas, dentre as quais, por exemplo, o uso de comadres, como pode ser verificado no depoimento a seguir:

...se é um paciente, que é uma senhora idosa, mas ela não consegue levantar para ir ao banheiro mas tem condições de fazer, urinar na comadre, aí a gente sempre incentiva, (...) pra não tá usando fralda, porque a comadre é melhor. Ficar urinando na fralda tem muito mais chance de criar lesão, dermatite de fralda e tudo. (E6).

O incentivo da manutenção da continência no ambiente hospitalar deve ser entendido como uma prática importante e necessária. A colocação da fralda, de certo modo, estaria agravando não só as condições de integridade cutâneo-mucosa, como também a própria função vesical. Além das questões fisiológicas envolvidas na colocação desnecessária da fralda, essa atitude também traz consigo outra realidade, talvez ainda mais impactante: a perda de autonomia e de dignidade decorrentes do descontrole esfinteriano. Isso porque o idoso hospitalizado acaba ficando exposto a diversas facetas da vulnerabilidade, sejam essas biológicas, sociais, culturais ou mesmo econômicas. Infere-se, assim, que o cuidado voltado à pessoa idosa seja feito de forma integralizada e sensível, observando-se e respeitando-se as especificidades existentes, atentando para a individualidade de cada pessoa. Além de se respeitar a sua autonomia e usar estratégias que visem minimizar sua dependência (STHAL; BERTY; PALHARES, 2010).

Salienta-se que o próprio cotidiano das instituições hospitalares acaba por tornar a atuação profissional massificada, favorecendo a despersonalização do ser humano, o que, por conseguinte, põe em risco a manutenção de sua dignidade (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Neste sentido, o próprio uso da fralda geriátrica de forma aleatória e desnecessária, de certa forma, coloca em risco a dignidade do ser envelhecendo; e, muitas vezes, seu uso está associado a vários estigmas: infantilização, velhice, perda do controle de si, dependência, entre outros. Isso afeta não apenas a autoestima e a autoimagem das

mulheres idosas como também interfere em suas relações interpessoais com o parceiro, com as demais pessoas internadas no mesmo quarto e com os profissionais da equipe de saúde. Em suma, pode-se dizer que o uso da fralda afeta a dignidade das mulheres idosas.

Esse aspecto também foi observado e relatado por uma das informantes desse estudo, como podemos observar a seguir:

(...) percebo isso também com as pacientes que estão internadas, elas têm uma certa vaidade, um certo grau de vaidade, muitas vezes o marido tá presente ou tá até como acompanhante, elas não querem que o marido presencie elas de fralda, ou colocando, ou tirando. Só que às vezes, acontece também que os maridos acabam fazendo. (E9).

Apesar da postura de alguns enfermeiros, que relataram evitar a colocação de fralda, o contrário também pôde ser observado no relato de outros sujeitos do grupo, segundo os quais os critérios de inserção da fralda geriátrica muitas vezes estavam pautados em aspectos culturais, influências familiares ou mesmo da própria equipe de enfermagem. Tal fato foi evidenciado no enunciado de um dos informantes, como pode ser observado:

A própria família é que já pede fralda. A maioria já vem acamado e já usa fralda em casa. Aqui quando a gente recebe a gente já recebe de fralda. Eles ficam na emergência e já chegam aqui com a fralda. (E2).

Percebe-se certa resistência no sentido de evitar a colocação de fralda, o que poderia ser conseguido através do incentivo ao uso do banheiro e da micção espontânea. Talvez isso esteja relacionado a diversos fatores, dentre os quais se pode destacar um maior dispêndio de tempo por parte da família e/ou da equipe de enfermagem para conduzir o idoso com frequência ao banheiro, o que demandaria mais tempo e maior carga de trabalho. A justificativa para a colocação da fralda também encontra respaldo em alguns fatores: dificuldade das pacientes em andar até o banheiro; o fato de os próprios funcionários chegarem rápido ao leito quando escutam a campainha; ou mesmo na ausência de acompanhante.

Além desses aspectos, outros ainda puderam ser levantados, uma vez que na fala das próprias enfermeiras percebe-se certa resistência, sobretudo apontada pela equipe dos técnicos de enfermagem do turno noturno. As emissões abaixo retratam um pouco essa realidade:

Parece que tem às vezes uma resistência, talvez eles acham que é mais fácil, a gente colocar a fralda, trocar no meio da noite e depois trocar de manhã e deu. Às vezes a paciente vai ficar chamando mais vezes, vai urinar mais vezes, aí acho que eles acham, que pode ser mais trabalho e não querem. (E6).

(...) às vezes as pessoas nem são incontinentes mas a gente acaba colocando fralda pela própria dificuldade de se levantar, às vezes chamam mas a gente não consegue chegar a tempo e, tem uma certa dificuldade de conseguir se locomover. Então algumas pessoas a gente coloca fralda. (E7).

(...) Mas eu observo que às vezes o funcionário não quer levar, prefere botar fralda: Por que a senhora já não bota a fralda se já sabe que não vai dar tempo de chegar no banheiro, se já sabe que a noite é longa? Às vezes não quer chamar, melhor já botar a fralda pra dormir. (E9).

Na verdade à noite às vezes eles falam: “ahhh é acamado”; “acamado como se ele anda durante o dia?”(a enfermeira pergunta). Então eles ficam meio que acamados à noite, usam fralda e tem alguns que levantam durante o dia. (E2).

(...) às vezes durante o dia ela tem melhor controle, consegue sentar, tem acompanhante, até, mas à noite complica mais, pra chamar, tá sozinha ou dorme e tal, ou tem tosse, aí acaba botando a fralda. (E4).

Frente aos relatos acima é importante refletir sobre as alternativas de cuidado que, de um lado favoreçam a dinâmica da unidade e, de

outro, possibilitem a manutenção da função esfinteriana. Como possibilidades estratégicas, pode-se inserir no plano de cuidados a implementação de micções programadas, em que o idoso pode ser estimulado a ir ao banheiro em períodos pré-programados e não apenas no momento em que sente vontade urgente de urinar, o que favoreceria as perdas (HONÓRIO; SANTOS, 2010). Dessa forma, estar-se-ia contribuindo para um *retreinamento* da bexiga. A colocação de um relógio dentro de cada quarto, com números grandes e visíveis, poderia auxiliar, assim como a inserção desta medida no aprazamento da própria prescrição de enfermagem como um cuidado a ser realizado.

Além disso, para situações especiais, nas quais a deambulação até o banheiro torna-se mais difícil, a comadre, ou o papagaio, deve sempre estar ao alcance do idoso e ele deve ser ensinado a estimulado a usá-lo. Para tanto, a garantia de privacidade deve ser seriamente avaliada, pois a presença de outros pacientes no quarto, bem como de profissionais da saúde e de acompanhantes podem inibir a micção espontânea, sobretudo por constrangimento e vergonha.

Independentemente das ações a serem assumidas nesse processo, torna-se inaceitável que a colocação da fralda tenha sua justificativa pautada na questão *tempo, quadro de pessoal* ou mesmo *falta de acompanhante*. Especificamente sobre o papel do acompanhante, é importante que as equipes tenham consciência de que eles não devem ser vistos como integrantes da equipe, ou mesmo complementação do déficit do quadro de pessoal; devem, sim, estar presentes, oferecendo apoio emocional ao paciente e sendo preparados para reproduzirem os cuidados em domicílio quando por ocasião da alta (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

Outras justificativas apontadas como incentivadoras do uso indiscriminado das fraldas foram a acessibilidade e a facilidade em se conseguir o produto. Além disso, a melhora da qualidade das fraldas no mercado também foi apontada como facilitadora, uma vez que se conseguiu minimizar os danos provocados à integridade cutâneo-mucosa dos idosos.

Mas hoje as pessoas já têm essa mentalidade da fralda, sabia, porque é mais fácil conseguir. Tu vai num posto de saúde, pega uma receita... É mais fácil. Então é a praticidade da fralda. (E1).

Passa a ser mais prático, mais funcional, e essas fraldas de hoje em dia, elas não dão assaduras, elas não dão irritação, aqui no hospital mesmo é difícil porque é muito testado antes de comprar. Então se é uma fralda de qualidade, ela não vai nem ter contato com a urina. (E9).

Além de o uso da fralda estar associado às questões acima apontadas, mais uma vez o quadro de pessoal e a falta de tempo foram apresentados como justificativa para a sua inserção. Além disso, aparece ainda como fator coadjuvante o uso de sondas nesses pacientes, pautado no discurso de economia de tempo versus cuidado. Apesar disso, percebe-se pelos relatos a consciência de alguns enfermeiros quanto à importância do cuidado ao paciente incontinente no que se refere à integridade cutânea, aos cuidados com a pele e com a prevenção de lesões, entre outros.

...aqui a gente já tem essa mentalidade de tirar a sonda o mais cedo possível, de deixar o paciente com cateterismo intermitente se for o caso (...). E a gente tem bem essa preocupação: “não, a sonda em último caso”(…). A gente vê se o paciente tem eliminação espontânea... então a gente tem bem essa preocupação... (E1).

Nos setores de internação clínica, a quantidade de pacientes dependentes é maior, então às vezes você tem um terço do setor acamado, e isso é complicado porque se tu tiver um terço do setor acamado de sonda, é 50% do serviço dos acamados economizado. (...) então é uma supervisão dirigida, então cuidar de incontinência deveria ser um item tão importante quanto controlar se o equipo de soro tem data, se está dentro do prazo, entende, controlar se essa placa do curativo já tá vencida, por exemplo. (E9).

Sempre quando precisa trocar fralda é feita a troca, é claro que a gente tem as trocas fixas, mas se o paciente avisar ou o acompanhante que o

paciente está urinado a gente troca imediatamente. Não aguarda horário. (E7).

Esses cuidados específicos com a pele do idoso e o levantamento das necessidades de cuidado são facilitados quanto se tem uma metodologia de assistência bem implementada, uma vez que ela proporciona ao enfermeiro ferramentas de cuidado, propiciando uma melhora na qualidade da assistência baseada nas reais necessidades do paciente idoso. Desta forma, a sistematização da assistência (SAE) pode ser considerada uma ferramenta de trabalho que instrumentaliza o enfermeiro e torna-o capaz de aplicar seus conhecimentos, além conquistar o reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado ao paciente (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Infere-se ainda que o cuidado deva estar cada vez mais voltado às necessidades específicas dos idosos, sendo relevante levar em conta a sua avaliação sobre a própria saúde e qualidade de vida (FILGUEIRAS et al., 2007). Especificamente quando se aborda o assunto IU, ainda existe uma série de restrições que cercam o tema, cabendo à enfermagem saber lidar com o tema de forma empática e respeitosa, considerando os tabus existentes acerca do assunto, seja com o paciente, com a família e mesmo com a própria equipe de enfermagem.

A questão do tabu surgiu de forma aberta nas entrevistas realizadas, sendo discutida no tema a seguir.

Incontinência urinária como um tabu a ser vencido

Os tabus e receios em abordar o assunto da IU ainda existem, apesar de ter-se notado, nos últimos anos, um movimento maior no sentido de se discuti-lo mais abertamente, seja entre os próprios profissionais da saúde ou destes com os pacientes.

Entretanto, tem-se como agravante o fato de que muitas idosas não percebem a IU como um problema, se comparado a sua condição de saúde, por vezes já fragilizada, e com as multipatologias crônicas associadas. A IU não é vista como uma situação que mereça ser tratada ou mesmo relatada (GLASHAN, 2004). Ainda, assim, é notória a dificuldade sentida por alguns profissionais em adentrar o assunto e levantar aspectos específicos sobre o problema (HIGA et al., 2010). Uma das informantes desse estudo também observou essa ausência de informação por parte das idosas, como pode ser verificado em parte de seu discurso:

(...) pelo menos do que eu observo assim, elas não, não falam tão abertamente que tem problema, a não ser que seja algo que as esteja incomodando muito. E as vezes é algo assim que é controlável ou que elas consigam administrar por si só. (E4)

Em um estudo realizado por Borba, Lellis e Brêtas (2008), as autoras constataram que a maioria das mulheres pesquisadas tinha queixas urinárias há mais de cinco anos, porém só buscaram por tratamento de um a cinco anos após o início dos sintomas.

Além da vergonha em falar sobre o assunto, outros aspectos podem interferir na verbalização do problema. Em pesquisa realizada com 35 mulheres incontinentes, o fato de o médico não achar necessário, achar normal perder urina e não ter tempo, ou não achar importante o problema foram as justificativas verbalizadas para a não procura por tratamento (SILVA; LOPES, 2009).

Assim, cabe a reflexão acerca do papel do profissional de saúde diante de idosos incontinentes. Em uma pesquisa realizada com mulheres com incontinência urinária, levantou-se que todas as pacientes atendidas durante o estudo referiram que perdiam urina há mais de nove anos, e que nenhum médico ou outro profissional da área da saúde as havia questionado sobre esse assunto durante as consultas (GLASHAN; LELIS; BRUSCHINI, 2003).

Às vezes nem é o que ela veio relatando como queixa, mas tu vê que tem uma coisa ali que não tá legal. Às vezes ela nunca procurou, muitas paciente falam assim: Ah... eu sou assim, mas eu nunca procurei, nunca falei pra ninguém, meu médico nunca perguntou ou nunca procurei ajuda. (E8).

(...) são muitos profissionais cuidando de um paciente só, então ela perde a questão da referência, de poder tá abrindo a questão. Aí vem a questão da vaidade junto porque é uma parte íntima junto, tem a questão com o cheiro, tem a questão com a limpeza, com tudo. (E5).

Frente a isso, pode-se perceber o quanto esses profissionais

possuem dificuldades para abordar o problema com os pacientes, seja durante as consultas ou até mesmo durante o processo de hospitalização. Neste sentido, a empatia, o acolhimento e o vínculo tornam-se peças fundamentais no cuidado, pois uma vez estabelecida uma relação de confiança, ambos os atores deste processo conseguem, de forma mais natural, abordar o assunto (HONÓRIO; SANTOS, 2010). Nem sempre isto acaba ocorrendo no momento da internação, sendo um processo gradativo durante o tempo de hospitalização, o que pode ser observado nos relatos a seguir.

Acontece de nem tudo tu consegue abordar num primeiro momento. Às vezes eles pegam mais afinidade com um enfermeiro do que com o outro. Então tu tens que ir juntando informações aos poucos pra tu ter o processo todo montado. (E5).

Bom, normalmente assim quando a gente recebe, às vezes não dá pra fazer, pra conversar naquele momento inicial, daí a gente tem que fazer uma abordagem rápida das condições da paciente e depois uma visita com mais calma e a gente acaba, até mesmo no momento de fazer o histórico, (...) normalmente elas relatam para a enfermagem se elas têm. (E8).

Além do aspecto relacional, observa-se ainda, pelas falas dos enfermeiros, que outros pontos influenciam para a abordagem do assunto no ambiente hospitalar, surgindo as diferenças culturais, educacionais e a própria idade como barreiras. Essas questões puderam ser claramente percebidas nos relatos de alguns enfermeiros, como se pode verificar abaixo:

Varia muito de pessoa pra pessoa, porque tem aquela que aborda normalmente, independente da idade e tem aquelas que são mais recatadas. A gente recebe muita população do interior. Então têm pessoas que são mais complicadas. Às vezes tu precisa ir abordando parceladamente. Conversa com o acompanhante, se aquele acompanhante é o cuidador em casa, é o que mora junto então, às vezes, tem alguma informação pra acrescentar. (E5).

Eu acho que é uma questão mais cultural também, acho que talvez eles não se deem conta da importância, porque eu já tive minha avó em casa que uma vez quebrou o pé e tinha que usar fralda, em dois dias ela já estava ficando cansada. Porque pode gerar outros danos que eles não se dão conta sabe. Acho que por uma questão cultural mesmo. (E6).

A integração e a participação efetiva do idoso hospitalizado nas questões que envolvem o seu cuidado implicam em mudanças sociais, estruturais e de relações de poder estabelecidas nas instituições de saúde a partir do momento da hospitalização. O idoso, quando adentra no ambiente hospitalar, traz consigo suas características prévias, as quais necessitam ser respeitadas e preservadas (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Percebe-se, desta forma, que, se de um lado existe o tabu do próprio paciente em falar sobre o assunto, de outro existe a necessidade de vínculo, de estabelecer uma relação aberta e de confiança entre as partes - equipe de saúde e idoso -, para que esse problema seja abordado de forma tranquila e aberta. Acreditando nessa premissa, considera-se importante que o cuidado à pessoa idosa deva estar voltado para o atendimento das vulnerabilidades presentes com o processo de envelhecimento, contribuindo significativamente para a construção da autonomia e para a participação das pessoas idosas na tomada de decisão sobre suas necessidades de atenção ou cuidado à sua saúde.

CONCLUSÕES

Os resultados advindos desta pesquisa revelam aspectos importantes para a assistência de enfermagem hospitalar. Primeiramente no que diz respeito ao papel do enfermeiro no manejo da IU, cujos resultados revelam que o uso da fralda é ainda uma prática constante e disseminada no ambiente hospitalar, sendo muitas vezes a única conduta adotada pela equipe de enfermagem.

Percebe-se, neste estudo, duas condutas em relação à IU: ou ela ainda é um problema pouco valorizado pelos profissionais da área da saúde, ou é naturalizada como algo inerente ao processo de

envelhecimento. Logo, ou não se investiga ou não se trata. Essa percepção é corroborada pelos sub-registros existentes nos prontuários, até mesmo no ambiente hospitalar, em que o tempo de permanência das idosas é maior e sua avaliação pode ser feita de forma paulatina e minuciosa.

Por outro lado, não podemos desconsiderar a dificuldade das idosas em falar sobre o assunto, o que provavelmente ocorra em função do sentimento de vergonha, de constrangimento e, até mesmo, pelo estigma social, uma vez que o esperado de um adulto é o controle esfinteriano. Percebeu-se, assim, que o tabu e o preconceito em falar sobre a IU com mulheres idosas ainda são uma realidade no ambiente hospitalar. Acredita-se que a capacitação dos profissionais na área da geriatria e gerontologia, em que a incontinência urinária é considerada um dos cinco gigantes, seja o caminho para que os profissionais de saúde consigam abordar o assunto de forma natural, e que isso propicie a abertura por parte dos pacientes.

O cuidado e a reabilitação da continência urinária em mulheres idosas não apenas representa uma forma de resgate da dignidade dessa mulher, mas também estimula e promove a manutenção de sua autonomia e de sua independência durante o processo de hospitalização. Um dos desafios para a equipe de saúde e, em especial, para enfermagem, é superar a condição de cuidado atualmente oferecida à mulher idosa incontinente, que se fundamenta apenas na higiene, no conforto e no uso de fraldas.

É necessário ir além, discutir o problema e as causas da IU, bem como as possibilidades de tratamento, empoderando a idosa de tal forma que ela entenda seu problema de saúde, seja co-participe do seu tratamento e possa ser atuante na tomada de decisões acerca de seus cuidados. Faz-se necessário que a equipe de enfermagem esteja preparada para prestar um cuidado que vislumbre essas necessidades e que ela atue de forma ética e respeitosa para com a mulher idosa incontinente.

REFERÊNCIAS

BORBA, A.M.C.; LELIS, M.A.S.; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 527-535, 2008.

CARRETTA, M. B.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p.958-962, 2011.

FILGUEIRAS, M. C. et al. Fraturas em idosos decorrentes de quedas registradas em hospital terciário de referência em traumatologia no ano de 2004. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 4, p. 226-232, 2007.

GLASHAN, R.Q. **Incontinência urinária**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br>>. Acesso em: 15 out. 2011.

GLASHAN, R. Q.; LELIS, M. A. S.; BRUSCHINI, G. Terapia comportamental no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas não institucionalizadas. **Revista Estima**, São Paulo, v. 01, n. 02, p. 30-39, 2003.

HIGA, R. et al. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/ez46.periodicos.capes.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.

HONÓRIO, M.O. SANTOS, S.M.A. A rede de apoio ao Paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 383-388, 2010.

_____. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 51-56, 2009.

MENEZES, G.M.D. et al. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 100-108, 2012.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e

vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2012.

SILVA, L.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária em mulheres: razão pela não procura do tratamento. **Revista Escola Enf. USP**, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012/21-338.php>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br.ez46.periodicos.capes.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.

VIEIRA, G. B.; ALVAREZ, A. M.; GIRONDI, J. B. R. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 1, p. 78-89, 2011.

5.4 MANUSCRITO 4: INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS HOSPITALIZADAS: UM DESAFIO PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Incontinência urinária em mulheres idosas hospitalizadas: um desafio para a prática da enfermagem

LOCKS, Melissa Orlandi Honório
SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos

RESUMO: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e teve como objetivo conhecer as estratégias de assistência e educação utilizadas no cuidado à idosa com IU hospitalizada. A coleta de dados ocorreu nas unidades de Clínica Médica de dois hospitais públicos de uma capital do Sul do Brasil e deu-se através de entrevistas semiestruturadas, realizadas com 09 enfermeiros das referidas unidades. O período de coleta dos dados foi de fevereiro a março de 2011. As entrevistas foram analisadas à luz da Análise Temática. Como resultado, constatou-se que um dos maiores desafios para o cuidado ao paciente idoso com IU dentro do ambiente hospitalar é a falta de conhecimento e de capacitação por parte dos enfermeiros. Além disso, pesam o tabu em falar sobre o assunto, o número reduzido de profissionais e a estrutura física das unidades. Conclui-se, com isso, que o tema IU não é abordado junto aos idosos e as medidas de cuidado restringem-se à higiene e ao conforto.

Descritores: Incontinência urinária. Idoso. Hospitalização. Enfermagem.

Incontinencia urinaria en mujeres ancianas y hospitalizadas: un desafío para la práctica de la enfermería

RESUMEN: Se trata de un recorte sobre un estudio de abordaje cualitativo y tenía la intención de reconocer la ayuda y las estrategias de asistencia y educación utilizados en el cuidado de ancianos hospitalizados por IU. La obtención de los datos fue realizada en unidades de clínica médica de dos hospitales públicos de la capital del sur de Brasil, entregó a través de entrevistas semi-estructuradas realizadas con 09 enfermeras de dichas unidades. El período de

recolecção de dados fue de febrero a marzo de 2011. Como resultado, se constató que uno de los mayores desafíos para el cuidado del paciente anciano con IU dentro del ambiente hospitalario es la falta de conocimiento y capacitación por parte de los enfermeros. Además de la dificultad para hablar sobre el asunto, existe un número reducido de profesionales y estructura física en las unidades. Así, se concluye que no es abordado el tema de la IU junto a los ancianos, y las medidas de cuidado se restringen a la higiene y al confort.

Descritores: Incontinencia urinaria. Anciano. Hospitalización. Enfermería.

Urinary incontinence in elderly women hospitalized: a challenge for nursing practice

ABSTRACT: This is an excerpt from a study of qualitative approach and had intended to acknowledge the assistance and education strategies used in caring for hospitalized elderly with UI. Data collection occurred in units of Clinical Medicine of two public hospitals in a southern capital of Brazil and gave up through semi-structured interviews conducted with 09 nurses of those units. The data collection period was from February to March 2011. As a result, it was found that one of the biggest challenges to the elderly patient care with urinary incontinence, in the hospital environment, is the lack of knowledge and training on behalf of nurses. Besides the taboo on talking about the subject, there are problems with the small number of professionals and physical structure of the units. It can be concluded that the IU argument is not discussed with the elderly, and care measures are restricted to hygiene and comfort.

Key words: Urinary incontinence. Elderly. Hospitalization. Nursing.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população, problemas de saúde até então pouco discutidos e que não tinham grande expressividade passaram a fazer parte dos estudos e da preocupação de muitos profissionais. Dentre esses problemas, podemos destacar a incontinência urinária (IU), por toda a complexidade do cuidado, pela

alta prevalência e pelo impacto gerado à qualidade de vida das pessoas que a possui.

Visto a alta prevalência, a incontinência urinária acaba se tornando um problema comum, que acomete mulheres em diversas faixas etárias, sobretudo na fase menopausal. A incontinência urinária está muitas vezes relacionada à redução da independência e à diminuição da qualidade de vida, limitando a participação nas atividades domésticas e na vida social. Os dados de prevalência de incontinência urinária por esforço (IUE) podem variar, considerando a faixa etária, as características da população e o critério diagnóstico utilizado (BORGES et al., 2010).

Em pesquisa, realizada em um hospital universitário, observou-se que a prevalência das pessoas hospitalizadas com IU é 35%, sendo esse um achado com maior significância em mulheres, em pacientes com maior tempo de internação hospitalar e com infecções urinárias associadas (SILVA; SANTOS, 2005). Em outra pesquisa, realizada com 100 idosos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário, os índices de IU apresentaram-se ainda mais elevados, chegando a 65,0% (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Apesar dos elevados índices apresentados, a IU continua sendo subestimada, não se constituindo, muitas vezes, em aspecto investigado pela equipe de saúde durante o processo de hospitalização. Apresenta-se, assim, necessidade iminente de planejamento de ações de enfermagem junto ao paciente hospitalizado, impulsionado, sobretudo, pela elevada prevalência de IU encontrada (DINGWALL; MCLAFFERTY, 2006; SILVA et al., 2005)

Associado a isto está o fato de que em muitas práticas hospitalares os distúrbios miccionais nem sempre são valorizados, apontando para uma realidade que indica um certo despreparo dos enfermeiros para abordarem e trabalharem com pacientes incontinentes (DINGWALL; MCLAFFERTY, 2006).

Aponta-se, neste sentido, uma necessidade de capacitação por parte dos enfermeiros para que saibam lidar com pacientes idosas e com as alterações miccionais, uma vez que as ações de enfermagem realizadas ainda no ambiente hospitalar podem auxiliar sobremaneira na minimização das perdas urinárias. Em trabalho realizado junto a idosos hospitalizados, Contreras et al. (2007), constatou-se que uma abordagem multidisciplinar para o manejo da incontinência urinária durante a hospitalização alcançou 40% de melhora nas perdas, antes mesmo da

alta. Acredita-se que tais mudanças foram possíveis devido ao estabelecimento de protocolos e ações, como maior acessibilidade ao banheiro, adaptação de vestuários e aspectos estruturais da unidade, associado a medidas de retraining vesical.

Tendo em vista os apontamentos acima e considerando-se a complexidade de cuidado envolvida na assistência prestada à paciente idosa durante sua hospitalização, que permeia desde os cuidados de enfermagem diários até o preparo para a alta hospitalar, este estudo objetivou: conhecer as estratégias de assistência e educação utilizadas no cuidado à idosa com IU hospitalizada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e ocorreu nas unidades de Clínica Médica de dois hospitais públicos de uma capital do Sul do Brasil, sendo um deles hospital com uma metodologia da assistência implantada (H1), e outro, não (H2).

A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a março de 2011, através da aplicação de uma entrevista composta por perguntas semiestruturadas com enfermeiros integrantes das equipes das Clínicas Médicas dos hospitais envolvidos na pesquisa, que foram selecionados de forma aleatória.

Após o consentimento dos participantes, procedeu-se a leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos, e somente depois disso foram realizadas as entrevistas, as quais foram devidamente gravadas para posterior transcrição e análise do que foi “o dito” dos informantes. As entrevistas ocorreram em dia e horário escolhidos pelos enfermeiros. Em todos os casos, os enfermeiros optaram em fazer as entrevistas no próprio ambiente de trabalho.

Estipulou-se entrevistar enfermeiros de turnos diferentes, onde para tanto, entrevistou-se 03 enfermeiros de cada unidade, sendo três 03 de cada Clínica Médica do H1, que possuem mulheres em seu quadro de internação, totalizando 06 enfermeiros. A outra Clínica Médica existente neste hospital possui apenas pacientes do sexo masculino e não foi incluída no estudo. Outros 03 enfermeiros entrevistados eram da Clínica Médica do segundo hospital, uma vez que este só conta atualmente em seu quadro funcional com 03 profissionais. Desta forma, o número final de sujeitos que participaram do estudo foi de 09 profissionais.

O processo de análise deu-se através da Análise Temática (MINAYO, 2004, p. 208) e aconteceu em cinco momentos, a saber: (a) leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas para primeira aproximação com as ideias surgidas; (b) constituição do *Corpus Documental* a partir dos destaques nas falas transcritas do próprio texto; (c) releitura para a identificação das unidades de registros e delimitação do contexto; (d) codificação, classificação e escolha das categorias; e (e) interpretação do significado dos dados.

Após a autorização das instituições envolvidas, necessária para a viabilização do desenvolvimento da pesquisa, o projeto também foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado segundo o parecer substanciado 742/12.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da análise e discussão dos dados surgiram 2 temas que serão apresentados a seguir: **“Falta de preparo e formação dos enfermeiros”** e **“Desafios para assistência de enfermagem”**;

Falta de preparo e formação dos enfermeiros

Culturalmente, as mulheres, de um modo geral, acreditam que a IU faz parte do processo de envelhecimento, sobretudo após o climatério, considerando “normal” apresentarem algum tipo de perda urinária. Porém, existem tratamentos cirúrgicos, farmacológicos e também conservadores para esse problema, sendo que estes últimos podem ser realizados por enfermeiros e fisioterapeutas, por meio de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, como o biofeedback, a cinesioterapia e a eletroestimulação (MENEZES et al, 2012). Por outro lado, nessa pesquisa, ao se indagar sobre os cuidados prestados e os registros realizados, pôde-se perceber, nas próprias falas dos enfermeiros, que a maior dificuldade sentida refere-se à falta de conhecimento existente e à ausência de uma formação voltada para valorizar os achados relacionados às perdas urinárias:

Eu não conheço. Se tem alguém que faz, eu não sei (quando questionado sobre o conhecimento de cuidados específicos de enfermagem com o

paciente com IU). Eu nem sei se os fisioterapeutas fazem isso. (...) Aqui a gente não tem esse conhecimento para orientar o paciente. (E2).

(...) nenhum enfermeiro da minha equipe sabe fazer esses exercícios com os pacientes, nenhum de nós. Então não é feito, geralmente é um tratamento medicamentoso ou expectante, a gente procura fazer com que ela não tenha uma assadura (...), aí vem aquele dilema de botar fralda ou não botar fralda, por que a gente sabe, que uma vez acostumou com o uso de fralda, não sai mais. (E9).

O que esses relatos denotam é falta de conhecimento por parte dos enfermeiros para investigar a presença de IU e cuidar de pacientes afetados por ela de forma mais efetiva, de maneira que ultrapasse os cuidados de higiene e conforto, sondagens e controle de diurese. Sabe-se que as ações voltadas para o tratamento da IU especificamente na enfermagem são consideradas relativamente novas, tendo maior notoriedade a partir da inclusão como foco do trabalho dos estomaterapeutas, que surgiram no Brasil oficialmente a partir da década de 90 e que se destinam ao cuidado de estomas, feridas e incontinências (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2012)

Apesar disso, a assistência de enfermagem permanece ainda muito voltada para a prevenção das lesões cutâneas causadas por dermatites amoniacaais, para os cuidados quanto à retenção urinária e os aspectos relacionados a sondagens, entre outros. Sabe-se, entretanto, que o cuidado da enfermagem para a clientela com IU transcende tais ações, através da implementação de planos de cuidados envolvendo mudanças comportamentais e exercícios de reforço perineal (HONÓRIO; SANTOS, 2009).

Ao entrarmos no assunto sobre o conhecimento das enfermeiras quanto às possibilidades alternativas de tratamento, como no caso dos conservadores que incluem reabilitação do assoalho pélvico inferior, orientações alimentares, intestinais e cuidados com medicamentos que agravam a função urinária, percebeu-se que algumas já tinham ouvido falar nesta possibilidade terapêutica, mas praticamente todas as entrevistadas não dominavam o assunto:

Na verdade acho que falta essa questão também do próprio preparo pra tá trabalhando e na verdade, aqui seria um lugar que é um campo rico, porque a gente tem muitas mulheres internadas e muitas mulheres já numa idade assim... (...) esse é um problema que a gente tem sim. (E4).

A dificuldade em se trabalhar com a promoção da continência dentro do ambiente hospitalar ainda é um desafio, podendo-se atribuir tais dificuldades à falta de capacitação por parte da equipe, além da priorização de outros tratamentos de saúde considerados mais graves, ou mesmo a própria variedade de condutas para a incontinência (DINGWALL; MCLAFFERTY, 2006).

Outro aspecto relevante é que a reabilitação do trato urinário inferior ainda é comumente vista como algo privativo do fisioterapeuta, como pode ser observado no depoimento abaixo:

(...) eu acho que quando a gente se forma, até na faculdade, acho que isso aí não foi enfatizado como se fosse uma ação que a enfermagem pudesse estar fazendo pra melhorar a qualidade de vida ali daquele paciente. (...) as pessoas acham que isso é uma coisa da fisioterapia, onde não cabe pra enfermagem estar fazendo, porque eu nunca vi fazer, nem outros enfermeiros e até na graduação não sei se ensinam ou não. (E6).

A abordagem da IU possui várias facetas de cuidado e uma gama de possíveis tratamentos, sendo que o trabalho realizado de forma integrada e multiprofissional vem trazer benefícios para o paciente. Em concordância ao percebido nesse estudo por meio do relato das entrevistadas, uma pesquisa realizada com profissionais da saúde, incluindo enfermeiros, constatou que, exceto os ginecologistas, os outros profissionais investigam raramente, ou não investigam a presença de IU e, quando isso ocorre, a conduta é desconhecida, ou não é a mais adequada. O trabalho integrado entre as diversas especialidades, nestas situações, favorece a detecção dos casos e tratamentos mais adequados (BARBOSA et al., 2009).

Entretanto, para que o enfermeiro conquiste seu espaço e para que haja melhor qualidade na assistência prestada, é necessário que ele

tenha conhecimento e entendimento acerca do processo de envelhecimento e da perda urinária, dos tipos de tratamentos possíveis (cirúrgico, conservador e farmacológico) e do que seria o mais indicado para cada pessoa. Dessa forma, o enfermeiro poderá ajudar o idoso e sua família a tomarem a melhor decisão no momento de optarem pelo tratamento, sendo assim mais provável que este venha a corresponder às suas expectativas (LIMA; BORBA, 2002).

Vale destacar que, além da falta de preparo e fragilidades na formação, percebidas pelos próprios enfermeiros participantes desse estudo, como demonstrado no tema acima discutido, percebe-se na prática diária que as dificuldades encontradas transcendem a barreira do conhecimento. Esses aspectos advindos das falas surgiram como desafios para o cuidado, sendo trazidos para discussão a seguir.

Desafios para a assistência de enfermagem

Além do impacto gerado às rotinas, ocasionados pela hospitalização, os idosos ainda passam por uma série de intervenções, exames e procedimentos que acabam por originar, muitas vezes, constrangimentos e angústias por parte desses pacientes. Questões como a inadequação na proteção da privacidade do paciente durante os cuidados de enfermagem, a internação em quarto coletivo - ocasionando a dificuldade em manter a sua privacidade e individualidade -, provocando vergonha e embaraços, foram aspectos apontados em um estudo específico como sendo causas de constrangimento por parte dos idosos durante a hospitalização (LENARD et al., 2007). Cabe, neste sentido, à equipe de saúde, um cuidado mais atento e direcionado às necessidades dos idosos, minimizando os estressores gerados pelo ambiente hospitalar, procurando, na medida do possível, respeitar sua individualidade, privacidade e hábitos.

Ao se refletir inicialmente sobre a estrutura hospitalar e o cuidado na IU, sabe-se que existem mecanismos que favorecem, ou mesmo minimizam, as perdas urinárias. No caso, por exemplo, das perdas por urgência, muito comum em idosos, a distância do banheiro, a falta de iluminação adequada ou roupas de difícil retirada podem contribuir para que as perdas urinárias ocorram com maior frequência (CONTRERAS et al., 2007). Alguns desses problemas estruturais foram apontados pelos informantes dessa pesquisa, como pode ser observado a seguir:

(...) tem a questão individualidade, porque os quartos são coletivos, os banheiros são coletivos, pra mais de um quarto. (E5).

Uma coisa que a gente percebe que faz o paciente usar fralda é o fato de o leito ser muito alto, então imagina, em casa a caminha deles é mais baixa. Então a gente tem essa dificuldade, nós não temos escadinhas pra todos os leitos, então o que mais dificulta é a questão do leito. (E1).

Além da questão estrutural, que surgiu nas falas acima, o papel do acompanhante apareceu como fator positivo para o cuidado à idosa, uma vez que este, muitas vezes, consegue auxiliar na deambulação até o banheiro, postergando, ou mesmo evitando, o uso de comadres ou fraldas.

(...) ela chama pra botar a comadre, quando chega às vezes não deu tempo, ela já urinou, ela já perdeu. Então acaba adotando a fralda, ou então só à noite. Às vezes, durante o dia, ela tem melhor controle, consegue sentar, tem acompanhante, mas à noite complica mais, pra chamar, tá sozinha ou dorme e tal, ou tem tosse, (...) aí acaba botando a fralda. (E4).

Considerando-se a premissa de que a presença de um acompanhante auxilia no processo de continência durante a internação hospitalar, conforme se percebe nos apontamentos acima, o contrário também se torna verdadeiro, uma vez que a sua ausência - associada ao quadro reduzido de profissionais na equipe de enfermagem e à complexidade de cuidado cada vez maior dos pacientes internados nas unidades de Clínica Médica -, pode ser um fator predisponente para a utilização da fralda. Esta, muitas vezes, é colocada como forma de minimizar as trocas de roupas de cama por extravasamento de urina, ou mesmo para diminuir a demanda de trabalho com as pacientes que, apesar de deambularem, necessitam de auxílio para sair do leito e ir até o banheiro.

Quando elas não vêm com acompanhante a gente procura prestar mais atenção e fazer isso, por que se não elas ficam sem. A gente procura deixar a caminha mais perto, (...)mas às vezes as pessoas

mais velhas tem uma coisa com elas de não querer incomodar, e aí não chamam. (E9).

A partir desta colocação, traz-se à tona a discussão do papel do acompanhante do idoso durante a sua internação hospitalar. Este foi um direito adquirido em abril de 1999, através da Portaria Ministerial nº 280. (BRASIL, 1999). Entretanto, o acompanhante não pode ser visto como um integrante a mais na equipe de enfermagem. A presença do familiar não deve ser entendida como complementação do quadro de recursos humanos, ou como alguém a quem se delegam atividades que são pertinentes à equipe de saúde. O papel do cuidador familiar em relação à equipe é de parceira, na busca pela melhoria do cuidado (PENA; D'ELBOUX DIOGO, 2005). Os acompanhantes, dentro desse contexto, não devem ser vistos como força de trabalho, mas sim como coadjuvantes durante o processo de hospitalização, para acompanhar seu parente, dando-lhes apoio emocional e preparo para reproduzir os cuidados em domicílio (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

Resgatando a questão da demanda de trabalho, o dimensionamento quantitativo das unidades foi uma questão bem relevante levantada por alguns enfermeiros:

(...) porque hoje tu tens três unidades pra cuidar em plena segunda-feira. Na sexta eu estava no curso e a outra enfermeira estava sozinha... então é impossível tu ver todos os doentes. (E1).

(...) o problema aqui é falta de funcionário. Tá vindo também pessoal muito sem experiência. Essa semana vieram duas senhoras que estão anos fora da enfermagem. (...) Quando chega à tarde eu vou ter mais duas ou três unidades pra supervisionar, tu achas que eu vou ter tempo? (E3).

Traz-se aqui, embasando-se nas falas supracitadas, a necessidade de se refletir sobre o despreparo para o cuidado de enfermagem dispensando ao idoso hospitalizado existente em alguns serviços. Muitas vezes, as unidades de internação não contam com um número adequado de profissionais, e estes não são capacitados para o cuidado específico

do paciente idoso, mesmo que ele represente quase 50% dos pacientes internados nas Clínicas Médicas dos hospitais gerais.

Para tanto, ao se realizar um planejamento estrutural da unidade, bem como um planejamento de cuidados propriamente dito, é imprescindível incluir tanto o dimensionamento de pessoal, quanto a capacitação e o suporte oferecidos à equipe para realizar um cuidado humanizado e voltado para a autonomia do paciente (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011).

Nessa pesquisa, os enfermeiros ainda foram indagados sobre as facilidades e/ou dificuldades nos cuidados ao paciente incontinente. O que se percebeu em seus relatos foi que as dificuldades apontadas estavam voltadas para a falta de tempo, de um modo geral, e para o quadro reduzido de pessoal: não sendo a incontinência urinária a queixa principal da hospitalização, passa a ser secundária nas prioridades de cuidado.

Olha, não vejo nenhuma facilidade em atender uma pessoa com incontinência urinária. Sinceramente se tem eu não me recordo. Dificuldade tem bastante sim, vai demandar mais tempo, demandar mais cuidado... (E7).

(...) nessa situação de corre e corre que a gente vive e com pouco enfermeiro realmente a gente não direciona a atenção pra eles. Então quando interna um paciente com incontinência urinária, geralmente você coloca fralda (...). Lógico, a gente tem aquela preocupação de colocar um colchão piramidal, de trocar a fralda, se o paciente tá com alguma lesão, alguma assadura a gente trata de cuidar. Então essa é a nossa assistência, não é aquela coisa direcionada. (E3).

Percebe-se, assim, por meio dos relatos que a IU, presente em muitas idosas, sequer é considerada um problema a ser investigado e tratado pela enfermagem. O cuidado acaba sendo realizado apenas com o foco em higiene, conforto e tratamento de feridas, ou seja, nas consequências. Evidencia-se, assim que as ações dos enfermeiros nem sempre estão voltadas às necessidades do paciente, pois as atividades acabam sendo desviadas do foco do cuidado de pessoas e acabam, em alguns casos, voltadas ao cumprimento de tarefas burocráticas, ações

não inerentes à enfermagem, o que desvia o profissional da realização de suas atribuições de fato (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Hoje somos nós duas então já dá pra passar a visita.(...)Então tu já tens uma dinâmica de trabalho, mas tem dias que tu nem consegue passar uma visita. O enfermeiro é referência. Se alguém pergunta alguma coisa... ah não sei, não vi, não fui lá.... Assim se a unidade tá corrida todo mundo compreende, mas se tu não vai, passa a ser desleixo. (E1).

Vejo muito acontecer na unidade assim, o paciente vir sem fralda e usar a fralda. (...) É uma coisa que no final a gente não dá importância. A gente foca no problema que a paciente tem, e aqueles outros assim periféricos, tu acaba deixando de lado, mas é comum a paciente que tem uma incontinência passar a usar fralda. (E4).

Nas falas acima transcritas, é possível perceber que, embora também faça parte das atribuições dos enfermeiros, a resolução de questões administrativas acaba se tornando prioritária, em detrimento de “estar perto” do paciente e realizar de fato o cuidado. Muitas vezes, por falta de tempo, o foco do cuidado acaba convergindo para o problema principal que gerou a internação, fazendo com que os problemas secundários acabem não sendo investigados, ou mesmo cuidados. A esse respeito, Souza e Soares (2006), acreditam que o enfermeiro tem sido estimulado a solucionar problemas de outros profissionais e, muitas vezes, a atender as expectativas da instituição hospitalar, deixando à mercê o próprio cuidado.

Porém, o que se percebe por meio das falas anteriormente citadas não é regra. Constatou-se, em nossa pesquisa, que apesar de a IU especificamente não ter sido muitas vezes o foco da assistência, outros aspectos do cuidado foram ressaltados por alguns enfermeiros, demonstrando sua preocupação com as outras alterações fisiológicas urinárias, muitas vezes relacionadas à própria patologia do paciente.

(...)a gente se preocupa muito com a diurese, com a quantidade, se o paciente tá urinando ou não. A gente também vê se o paciente tá com hematúria

ou se o paciente tem uma piúria, daí a gente avisa o médico. Têm pacientes que às vezes fazem uma infecção urinária. Daí a gente tem que passar aquela sonda de horário. Isso é coisa do enfermeiro, é uma coisa de bastante responsabilidade. (E4).

(...) a mulher na maioria das vezes não consegue visualizar a sua parte íntima. Às vezes por causa da obesidade, por causa da mobilidade. Então tu precisa auxiliar bastante nisso. (...) Quando a mulher é hospitalizada, mesmo ela não sendo idosa, ela quer agora ser cuidada, mesmo que ela não seja dependente, ela exige mais cuidado. (E5).

Os relatos acima nos apontam questões importantes para o cuidado de enfermagem. Apesar de a presente pesquisa não ter identificado a existência de ações específicas para a reabilitação da IU por parte da equipe de enfermagem, é nítida a preocupação dos enfermeiros entrevistados quanto à prestação de uma assistência de enfermagem voltada para a prevenção de agravos e minimização de consequências em função dos distúrbios urinários. Tais ações são voltadas à prevenção de infecção urinária, à detecção precoce de outras complicações ou mesmo a cuidados específicos com sondagens.

Infere-se assim, que os desafios para a assistência de enfermagem ao idoso incontinente sejam muitos, permeando a falta de capacitação técnica e passando pelas inúmeras dificuldades apontadas pelos próprios enfermeiros no cuidado diário. Entretanto, independentemente do motivo que tem distanciado o enfermeiro desta prática, percebeu-se que o uso da fralda geriátrica como alternativa de cuidado foi bastante ressaltado pelo grupo.

CONCLUSÕES

Conclui-se que há necessidade iminente de se incrementar ações no ensino, na pesquisa e na assistência com vistas à melhoria no cuidado prestado ao idoso com incontinência urinária, de forma individualizada e que atenda às suas necessidades.

O quantitativo reduzido de profissionais e a própria estrutura hospitalar foram aspectos mencionados pelos enfermeiros como

empecilhos para a implementação do cuidado específico ao idoso com IU. Acredita-se, assim, que este estudo possa fornecer subsídios para uma maior reflexão por parte dos profissionais de saúde, sobretudo para a própria equipe de enfermagem, quanto aos aspectos que envolvem o cuidado ao paciente idoso, especialmente àquele que possui IU.

Os enfermeiros, neste sentido, necessitam aprimorar seus conhecimentos acerca do assunto com o intuito de capacitar-se nas ações de enfermagem voltadas à reabilitação de pacientes incontinentes. Tais ações devem propiciar um cuidado individualizado e integral, considerando o idoso como co-partícipe do seu próprio tratamento, já que grande parte das orientações a serem repassadas pelos enfermeiros e realizadas pelos idosos dependem, sobremaneira, da sua vontade de mudar hábitos e comportamentos.

Além das ações de cuidado a serem internalizadas por parte da equipe de saúde, reforça-se a necessidade de um repensar das estruturas hospitalares. Tais mudanças devem considerar as especificidades dos pacientes idosos, sobretudo por estes serem responsáveis por cerca de 50% da ocupação dos leitos hospitalares e possuírem por sua vez, necessidades específicas. O que se percebe, muitas vezes, é que os serviços acabam direcionados para atender adultos e jovens com plenas capacidades de mobilidade e deambulação. Faz-se necessário, não só para o caso específico da incontinência urinária, como também no atendimento integral ao idoso, a adaptação dos espaços hospitalares, a qual pode ser exemplificada por iluminação adequada e sinalizações, sobretudo no caminho até os banheiros, com barras de apoio para locomoção, escadas em todos os leitos, entre outras medidas. Estas devem ser vistas não só como uma necessidade estrutural das instituições, mas também como respeito à autonomia e independência desse idoso.

Sugere-se, ainda, que novos estudos sejam realizados, em busca de maior compreensão da problemática no âmbito hospitalar, com o intuito de estruturar um plano de ações específico para a enfermagem a ser utilizado junto aos idosos incontinentes e que possa ser replicado nas instituições hospitalares como uma ferramenta auxiliar para o cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. Disponível em: <www.sobest.org.br>. Acesso em: 05 ago. 2012.

BARBOSA, S. S. et al. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e trata a incontinência urinária feminina. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 449-456, 2009.

BORGES, J. B. R. et al. Incontinência urinária após parto cesáreo ou vaginal. **Einstein**, v. 8, n.2, Pt 1, p. 192-196, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca virtual em saúde**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>>. Acesso em: 15 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria. 280 de 07 de abril de 1999**. Dispõe sobre acompanhante para maiores de 60(sessenta) anos de idade, quando internados. Disponível em: ,<www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 set 2012.

CONTRERAS, S. R et al. Beneficios de un programa de reeducación vesical en ancianos hospitalizados. **Nure Investigación**, n. 28, p.1-14, 2007.

DINGWALL, L.; MCLAFFERTY, E. Do nurses promote urinary incontinence in hospitalized older people?: an exploratory study. **Journal of Clinical Nursing**, 2006.

HONÓRIO, M.O. SANTOS, S.M.A. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 51-56, 2009.

LENARDT, Maria Helena et al . Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, 2007.

LIMA, M.M., BORBA, C.B.P. **Incontinência urinária: promovendo o autocuidado através da educação em saúde com pacientes cirúrgicos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. 86p.

MENEZES, G.M.D. et al. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 100-108, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

PENA, S. B.; DÈLBOUX DIOGO, M. J. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 663-669, 2005.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2012.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012/21-338.php>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

SOUZA, F.M.; SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 620-625, 2006.

STHAL, H. C.; BERTI, He. W.; PALHARES, V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.

20, n. 1, mar. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2012.

VIEIRA, G. B.; ALVAREZ, A. M.; GIRONDI, J. B. R. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 1, p. 78-89, 2011.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande área temática da gerontologia oferece amplas possibilidades de pesquisas. No entanto, dentre os temas relacionados ao sistema urológico, pode-se dizer que a incontinência urinária representa um importante e instigante tema a ser desvelado, especialmente no ambiente hospitalar.

Entre os desafios do presente estudo, destaca-se inicialmente a dificuldade e a resistência em falar sobre o tema e em adentrar em um mundo até então considerado por muitos como algo “intocável”, “vergonhoso” e distante de possibilidades terapêuticas. Embora essas tenham sido as impressões da pesquisadora, já que não foram explicitadas de forma direta nos relatos dos sujeitos, tais sensações puderam ser percebidas indiretamente, seja por meio do relativo constrangimento dos informantes em falar sobre o assunto, seja pela subnotificação desse problema no ambiente hospitalar.

Os achados dessa pesquisa apontam que a falta de registros se dá de forma muito mais expressiva do que se poderia esperar, pois nesse estudo se verificou que 70,16 % das mulheres idosas hospitalizadas relataram perder urina. Aspecto ainda mais significativo é o fato de que a maioria dessas mulheres relatou sofrer essas perdas há mais de três anos, nunca tendo sido encaminhada para algum tratamento. Isso talvez se explique pela observação de que nos prontuários das mulheres em foco não havia registro dessas intercorrências como sendo um diagnóstico ou um problema a ser investigado e tratado, embora elas tenham tido um tempo médio de hospitalização de dezenove dias. Ponderando-se que a IU em mulheres idosas é uma problemática muito recorrente, conforme apontam os diversos estudos (SILVA, LOPES, 2009; BORBA, LELLIS, BRÊTAS 2008; SILVA, SANTOS, 2005), causa preocupação verificar que no cotidiano do cuidado dispensado a essas mulheres tal aspecto não seja considerado.

Ao se investigar as possíveis causas ou fatores de risco da IU, conforme se encontra descrito na literatura, (DANFORTH et al., 2006; HIGA, LOPES, 2008; MOURÃO et al., 2008; JOÃO et al., 2009; TAMANINI, 2009; SANTOS, SANTOS, 2010; OLIVEIRA. et al., 2011), observou-se que os aspectos relacionados à história de saúde e aos hábitos de vida ainda são controversos. O mesmo foi observado nesse estudo, porque os aspectos investigados, tais como a história gineco-obstétrica e o histórico de saúde prévio não demonstraram

relação com a IU, embora tais fatores tenham aparecido como tendo importante relação nas literaturas levantadas e já mencionadas. Por outro lado, alguns resultados verificados nesse estudo diferem dos achados em outras pesquisas, trazendo novas considerações ao estado da arte realizado.

Dentre os aspectos relevantes, cabe destacar a prevalência de IU por tipo de perdas. O que se encontrou em algumas literaturas foi que a IU por urgência mostrou-se ser a mais prevalente na população idosa (JOÃO et al., 2009; SLAZAR et al., 2005; DELLU, ZACARO, SCHMITT, 2008, VARELA et al., 2005). Os resultados do presente estudo, entretanto, diferem dos demais estudos, uma vez que a IU por esforço mostrou ser a mais prevalente. Esse achado pode ser justificado pelo fato de os sujeitos da pesquisa constituírem um grupo ativo, independente e praticante de alguma atividade física (39,52%), hábitos estes comuns entre mulheres com perdas aos esforços, devido ao aumento da pressão abdominal. Esses dados sinalizam, mesmo que de forma sutil, a importante mudança que vem sendo percebida no estilo de vida das mulheres idosas, considerando-se que a idade média das participantes desse estudo foi de 72 anos.

No que se refere especificamente aos hábitos alimentares - alta ingestão de cafeína, tabagismo e etilismo -, estes não foram significativos para justificar a presença de IU. No tocante à obesidade, por sua vez, não foi possível fazer uma averiguação fidedigna, tendo-se em vista que não foram levantados os dados para o cálculo do IMC, o que inviabilizou a realização de inferências com esta variável e, por conseguinte, considera-se ser esta uma limitação do presente estudo.

Por outro lado, a presença de constipação intestinal foi comprovadamente um fator interveniente, mostrando que 54,8% das mulheres possuíam esse problema ($p=0,0369$). Apesar desse achado, não cabe aqui buscar respostas fisiológicas para esta relação, mas sim trazer à tona o que se desvela por traz desse dado. Instiga-se assim, a necessidade de se refletir sobre o impacto da hospitalização no cotidiano das pessoas idosas que passam por esse processo. Atos simples como caminhar, comer, movimentar-se e mesmo ir ao banheiro costumam ser alterados ou mesmo vetados, sendo então readequados ao novo ambiente hospitalar e, muitas vezes, engessados nas normas e rotinas pré-existentes na instituição.

Infere-se que o cuidado ao idoso, incontinente ou não, deva partir da premissa de respeito à individualidade, hábitos e costumes

previamente existentes à hospitalização. Associado a isso, mostra-se necessário um repensar das estruturas hospitalares, considerando-se a necessidade de adequações dos espaços físicos para que atendam de maneira mais propícia e adequada às necessidades dos idosos hospitalizados, incluindo a melhor acessibilidade aos banheiros, barras para auxiliar na deambulação, luzes de sinalização, vestuários de fácil retirada, altura adequada dos leitos e escadas de apoio em todos estes, de forma a promover a saída facilitada dos pacientes. Essas medidas não são por si só resolutivas, mas, de certa forma, contribuem sobremaneira para a minimização das perdas urinárias ainda no ambiente hospitalar, evitando, ou mesmo retardando, por conseguinte, a utilização de fraldas.

Acredita-se, ainda, que não há uma ação única com vistas à resolutividade do problema e sim atitudes compartilhadas de forma interdisciplinar que culminem em um objetivo comum, qual seja a busca da independência, autonomia e dignidade do idoso hospitalizado, encontrando-se, nesse ínterim, a recuperação da continência. Afirma-se isso por acreditar que as perdas urinárias, ao caracterizarem certa infantilização, sobretudo pelo uso da fralda, trazem consigo grande impacto no cotidiano das pessoas afetadas pelo problema, não só no aspecto físico, mas, sobretudo, no psicológico e social, afetando a autoimagem e autoestima dessas pessoas.

No que tange ao papel dos enfermeiros, é notável seu comprometimento em todas as unidades investigadas, pois apesar de não terem conhecimento específico para lidar com o problema, além de certa limitação estrutural e de recursos humanos, como elas mesmas relataram, criam estratégias de cuidado para minimizar os impactos relacionados às perdas urinárias de forma sensível e imaginativa, dentre as quais destaca-se: preocupação com a integridade cutânea, utilização de combinados tópicos para minimizar as lesões de pele, adaptação de fraldas duplas para diminuir os extravasamentos e o contato da diurese com a pele. Além de todas as ações mencionadas nas falas das enfermeiras, ainda observou-se preocupação com as infecções do trato urinário e cuidados com as sondagens.

Ainda assim, revela-se uma realidade com altos índices de idosas acometidas por esse problema e distantes, muitas vezes, de oportunidades e acessos a tratamentos específicos, fazendo com que muitas dessas mulheres passem a conviver com as perdas urinárias por anos. Tem-se, como agravante, a naturalização identificada diante do “ter incontinência”, encontrada nas falas das pacientes e dos

profissionais entrevistados, em algumas situações, como algo esperado na velhice e sem possibilidades de tratamento.

Frente a essas colocações, um importante achado deste estudo revela a importância da mudança de paradigma, uma vez que não foi encontrada relação da ocorrência de IU e a idade das entrevistadas, sendo possível desmistificar a ideia de que perder urina é algo inerente ao processo de envelhecimento.

A relevância do trabalho também deve ser apontada frente a outros achados, destacando-se a possibilidade de se avaliar por meio dos registros nos prontuários como vem sendo realizada a notificação e o cuidado dispensado às idosas internadas, sendo esse um dos objetivos traçados para esse estudo. Considera-se que a IU ainda é subnotificada, o que é reforçado pelo expressivo índice de mulheres que relataram não terem sido questionadas sobre o problema (77,4%), associado ao fato de que a IU não foi apontada em nenhum dos prontuários analisados como diagnóstico médico, ou mesmo sendo considerada como um problema de enfermagem.

A comparação entre os dados coletados nos dois hospitais incluídos no estudo apontou-nos ainda que a existência de uma metodologia da assistência implantada não garante a mudança da realidade vivenciada. Desta forma, outras ações precisam ser revistas para que alguns números e apontamentos apresentados por essa pesquisa possam ser invertidos e melhorados, sobretudo no que se refere à notificação dos casos de IU dentro dos hospitais e à implementação de estratégias de cuidado que ultrapassem as referentes à higiene, ao conforto e à integridade cutânea das pacientes.

Assim, o contato com as estratégias que vislumbrem tais mudanças devem ser iniciadas ainda no ensino, sugerindo-se que as grades curriculares da graduação contemplem as reais necessidades do paciente incontinente, instruindo os alunos quanto às possibilidades terapêuticas existentes e tornando-os aptos para atuarem nesse campo ainda pouco explorado pela enfermagem. O ensino deve estar voltado para o desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos que permitam ao futuro profissional deter habilidades e competências para a identificação da IU. Isso perpassa o saber fazer anamnese e exame físico voltado para as questões urológicas, com domínio da técnica de toque vaginal para identificação de anormalidades, bem como a implementação de um plano de cuidados que envolvam estratégias comportamentais, com a orientação de um plano de exercícios

supervisionados para o assoalho pélvico inferior. Os estágios curriculares devem favorecer o ensino dessa prática, não só no ambiente hospitalar como também na saúde coletiva, através de consultas de enfermagem individuais ou mesmo de trabalhos de grupo, incluindo orientações coletivas de exercícios, alimentação e hábitos de vida.

No tocante à assistência, sugere-se que as instituições hospitalares busquem estratégias de educação permanente para suprir essa carência de formação, instigando mudanças nas práticas diárias de assistência, além de despertar um novo olhar para o paciente com incontinência urinária.

Analisando parte dos resultados dessa pesquisa, no que se refere aos registros realizados pela equipe de enfermagem, percebe-se, nos prontuários, a lacuna de informações ou mesmo a existência de registros incompletos, impossibilitando, muitas vezes, a identificação do problema e dificultando a implementação de um plano de cuidados específico. Assim, as recomendações voltadas à assistência se iniciam com a sensibilização por parte da equipe de enfermagem para que tenha consciência da importância da coleta de um histórico completo e da realização dos registros nos prontuários. Em complementação a esse desafio, sugere-se a elaboração de protocolos assistenciais para instrumentalizar, sistematizar e padronizar as ações intra-hospitalares, auxiliando sobremaneira no atendimento aos pacientes com IU.

Considerando-se a falta de conhecimento específico existente por parte dos enfermeiros - segundo seus próprios relatos ao longo da pesquisa -, é imperativo criar estratégias de educação em serviço para complementar a formação e capacitar os profissionais que atuam nas unidades de internação a fim de que iniciem as orientações ainda no ambiente hospitalar.

Tendo em vista os longos períodos de hospitalização pelos quais geralmente passam as pessoas idosas e a complexidade das disposições a serem repassadas, bem como as mudanças comportamentais necessárias, convém que as orientações de enfermagem não se concentrem no período próximo à alta hospitalar. Uma vez identificada a IU no início da internação, as ações de cuidado e orientações devem ser implementadas por todos os membros da equipe multidisciplinar com vistas a iniciar, tão logo seja possível, o tratamento de reabilitação. Assim, ainda durante o período de hospitalização será possível avaliar as dificuldades encontradas pelas idosas em seguir as instruções, reforçando-as quando necessário, de modo a garantir maior adesão ao

tratamento e melhor compreensão das atitudes a serem modificadas, além de orientá-las sobre os exercícios a serem realizados.

Instiga-se, assim, que as investigações em torno dessa temática continuem, objetivando a ampliação das discussões sobre o assunto, criando condições para que a incontinência urinária seja de fato vista e valorizada como um problema real e passível de mudanças. Desta forma, sugere-se, no âmbito da pesquisa, a continuidade da exploração do tema junto a idosos, seja no ambiente hospitalar, seja em nível ambulatorial, buscando acrescentar mais conhecimentos aos já desvelados nesse trabalho.

Dentre eles, sugere-se o aprofundamento das questões referentes aos fatores de risco que, por ora, ainda se mostraram controversos ao serem confrontados com estudos similares. Entre esses fatores, salientam-se os aspectos relacionados à obesidade, à atividade física e ao índice de massa corporal - que não puderam ser relacionados em função dos impeditivos já mencionados no decorrer deste trabalho. Isso porque, apesar de existirem alguns estudos que evidenciam essa relação, eles não se referem diretamente a sujeitos idosos, sendo, em sua grande maioria, pesquisas realizadas junto a atletas ou pessoas mais jovens. Portanto, considerando-se a mudança no perfil do envelhecimento populacional mundial e brasileiro, resultados provenientes da análise dessas variáveis poderiam contribuir para uma melhor análise quanto à influência da inatividade para a ocorrência da IU.

Ainda no âmbito da presente pesquisa, surge a incontinência fecal, que, apesar de não ter sido um aspecto focal desse estudo, surgiu como problema apontado por muitas idosas. Considerando-se que os impactos sociais e psicológicos, bem como as possibilidades de tratamentos conservadores são muito semelhantes àqueles direcionados aos pacientes com incontinência urinária, aponta-se a necessidade de se investir em pesquisas também nessa área.

Acredita-se assim, que a estratégia de pesquisa utilizada favoreceu a inserção no ambiente do estudo, possibilitando ter-se um panorama imparcial da realidade, sem ter a influência de um único olhar ou direção. Ao contrário, a triangulação dos dados através do que foi dito por pacientes e enfermeiros, bem como a leitura e análise dos registros, oportunizou a aproximação com o objeto da pesquisa e, por conseguinte, o conhecimento da realidade investigada.

Ao desvelar a realidade do processo de cuidar do idoso incontinente no âmbito hospitalar, conclui-se que esta pesquisa alcançou

os objetivos propostos na medida em que, por meio de seus resultados, apontou especificidades a respeito dos fatores de risco e influência da hospitalização para a IU, tendo em vista a escassez de estudos voltados a mulheres idosas hospitalizadas. Além disso, a pesquisa foi capaz de apontar lacunas de cuidados importantes por parte da equipe de enfermagem, vislumbrando soluções práticas e aplicáveis ao cuidado da incontinência urinária. Oportunizou, ainda, conhecer a realidade de duas instituições hospitalares distintas, até então desconhecidas no que se refere à prevalência da IU: o perfil das mulheres acometidas com esse problema, os fatores de risco associados nessa população, as estratégias de cuidados dispensados, além da forma como são realizados esses registros. Tais achados, apesar de terem sido extraídos apenas de duas realidades hospitalares, podem ser tomados como base para outras instituições, ou mesmo para futuras pesquisas, pois refletem o perfil de uma população idosa que vem se mostrando independente (62,10%), praticante de atividades físicas (39,52%), que passa, porém, por longos períodos de hospitalização, com elevada prevalência de IU, sem tratamento e sem ajuda.

Crê-se, portanto, que essa pesquisa venha contribuir para a Enfermagem Gerontológica no que se refere à ampliação do conhecimento acerca da IU em mulheres idosas hospitalizadas. Tais conhecimentos também poderão contribuir para a formação de recursos humanos e a capacitação profissional, com vistas à melhoria da assistência prestada, sobretudo através da sensibilização da equipe de enfermagem envolvida nesse cuidado.

Finalizando, aponta-se como limitações do estudo o fato de ter-se considerado dentro da prevalência da IU toda a perda urinária relatada pela paciente, independente do tempo e tipo desta, levando a crer que nesta prevalência incluiu-se também perdas urinárias transitórias decorrentes de infecções, medicamentos em uso, entre outros, podendo ter gerado este aumento dos números encontrados. Deve-se ainda considerar como outra fragilidade da pesquisa o fato de terem sido levantados aspectos dos hábitos de vida, como exercícios e alimentação, uma vez que as respostas podem nem sempre terem refletido a realidade de cada idosa, já que os longos períodos de hospitalização acabam interferindo em tais hábitos, seja através da inatividade física ou mesmo dieta alimentar. Em função disso, as mudanças ocorridas pelo próprio processo de hospitalização, podem ter influenciado nas respostas das idosas.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. **Urology**, v. 61, p. 37-49, 2003.

ALVARO, R. et al. Epidemiological aspects of urinary incontinence in female population of in Italian region. **Int Urogynecol J.**, v. 21, n. 7, p. 873-883, 2010.

AMARO, J.L. et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in brazilian women. **Int. Braz J. Urol.**, v. 35, n. 5, p. 592-598, 2009.

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 261-265, 2005.

ARAÚJO, M.P. et al. Relação entre incontinência urinária em mulheres atletas e distúrbio alimentar. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 54, n. 2, p. 146-149, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. Disponível em: <www.sobest.org.br>. Acesso em: 05 ago. 2012

BARBOSA, S. S. et al. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e trata a incontinência urinária feminina. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 449-456, 2009.

BARROS, J.D.; LUCENA, A.C.T.; ANSELMO, C.W.S.F. Incontinência urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão de literatura. **Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de Pernambuco**, v. 52, n. 2, p. 173-180, 2007.

BERLEZI et al. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 415-423, 2011.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da

assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-628, 2006.

BORBA, A.M.C.; LELIS, M.A.S.; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 527-535, 2008.

BORGES, J. B. R. et al. Incontinência urinária após parto cesáreo ou vaginal. **Einstein**, v. 8, n. 2, Pt 1, p. 192-196, 2010.

_____. IU após parto vaginal ou cesáreo. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 192-196, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca virtual em saúde**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>>. Acesso em: 15 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria. 280 de 07 de abril de 1999**. Dispõe sobre acompanhante para maiores de 60(sessenta) anos de idade, quando internados. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 set 2012.

BRUSCHINI, H. Incontinência urinária na mulher. In: DALL`OGLIO et al. **Guia de Medicina ambulatorial e hospitalar de urologia**. Barueri: Manole, 2005. p.83-99.

BUNYAVEJCHEVIN, S. Risk factors of female urinary incontinence and overactive bladder in Thai postmenopausal women. **J Med Assoc Thai.**, v. 88, supl. 4, p. S119-S123, 2005.

BUSATO, J. R.; WILSON, F.S.; MENDES, F.M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **ACM Arq Catarin Med.**, v. 36, n. 4, p. 49-55, 2007.

BYLES, J. et al. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. **Age Ageing**, v. 38, n. 3, p. 333-338, 2009.

CAETANO, A.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; LOPES, M.H.B.M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 13, n. 4, p. 270-274, 2007.

CALDAS, C. P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 783-788, 2010.

CAPONI, G.A. et al. A saúde como desafio ético. In: Seminário Internacional de Filosofia e Saúde, Florianópolis, 1995. **Anais...** Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

CARRETTA, M. B.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 958-962, 2011.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 280-289, 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. v. 16. São Paulo: Cortez, 1991.

CONNOLLY, T.J. et al. The effect of mode of delivery, parity, and birth weight on risk of urinary incontinence. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.**, v. 18, n. 9, p. 1033-1042, 2007.

CONTRERAS, S. R et al. Benefícios de un programa de reeducación vesical en ancianos hospitalizados. **Nure Investigación**, n. 28, p.1-14, 2007.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. London: Sage, 2007.

CUNHA, S. M. B.; BARROS, A. L. B. L. Análise da implementação da Sistematização de Enfermagem, segundo o modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.

DALLOSSO, H. et al. Diet as a risk factor for the development of stress urinary incontinence: a longitudinal study in women. **Eur J Clin Nutr.**, v. 58, n. 6, p. 920-926, 2004.

DANFORTH, K. N. et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 194, n. 2, p. 339-345, 2006.

DELLU, M.C.; ZACARO, P.M.D.; SCHMITT, A.C.B. Prevalência de sintomas urinários e fatores obstétricos associados em mulheres adultas. **Rev Bras Fisioter.**, v. 12, n. 6, p. 1-6, 2008.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks. Califórnia: SAGE Publications, 1994.

DINGWALL, L.; MCLAFFERTY, E. Do nurses promote urinary incontinence in hospitalized older people?: an exploratory study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, p. 1276-1286, 2006.

DOLAN, L.M.; HILTON, P. Obstetric risk factors and pelvic floor dysfunction 20 years after first delivery. **Int Urogynecol J.**, v. 21, n. 5, p. 535-544, 2010.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

DUARTE, M.B.; REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

FILGUEIRAS, M. c. et al. Fraturas em idosos decorrentes de quedas

registradas em hospital terciário de referência em traumatologia no ano de 2004. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza CE, v. 20, n. 4, p. 226-232, 2007.

FILIZ, T.M. et al. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. **Saudi Med J.**, v. 27, n. 11, p. 1688-1692, 2006.

GALHARDO, C.; KATAYAMA, M. Anatomia e fisiologia do trato urinário inferior feminino. In **Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar**. 1ª ed. São Paulo: Médica Paulista, 2007. p. 3-25.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n.1, 1987.

GLASHAN, R.Q; LELIS, M.A.S; FERA, P.; BRUSCHINI, H. Intervenções comportamentais e exercícios perineais no manejo da incontinência urinária em mulheres idosas. **Sinopse de Urologia**, São Paulo, v. 06, n.05, p. 102-106, 2002.

GLASHAN, R.Q.; LELIS, M.A.S.; BRUSCHINI, G. Terapia comportamental no tratamento da incontinência urinária em mulheres idosas não institucionalizadas. **Revista Estima**, São Paulo, v. 01, n.02, p. 30-39, 2003.

GLASHAN, R.Q. **Incontinência urinária**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo.[site da internet] 2003. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br>>. Acesso em: 15 out. 2011.

GLEASON, J.L. et al. Caffeine and urinary incontinence in us women. **Int Urogynecol J**, v.24, n.2, p.295-302, 2013.

GOMES, L.P. et al. Tratamento não cirúrgico da incontinência urinária de esforço: revisão sistemática. **Femina**, v. 38, n. 7, p. 334-340, 2010.

GOMES, G.V.; SILVA, G.D. Incontinência urinária de esforço em mulheres pertencentes ao Programa de Saúde da Família de Dourados

(MS). **Rev Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 6, p. 649-654, 2010.

GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação perineal**. São Paulo: Manole, 2002. 141p.

HAM, E. et al. Risk factors for female urinary incontinence among middle-aged Korean women. **J Womens Health**, v. 18, n. 11, p. 1801-1806, 2009.

HAMANAKA, L.S.; FERA, P.; GLASHAN, R.Q. **Terapia Comportamental**. In: DALL'OGGIO et al (coord). **Urologia. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar/ UNIFESP**. Barueri: Manole, 2005.

HANNESTAD, Y.S. et al. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 110, n. 1, p. 247-254, 2003.

HERNANDEZ, B.H.; BOTELL, M.L. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad em um grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. **Rev Cubana Obstet Ginecol.**, v. 33, n. 3, p. 1-8, 2007.

HIGA, R. **Incontinência urinária: problema ocupacional entre profissionais de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual de Campinas, 2004.

HIGA, R. et al. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/ez46.periodicos.capes.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.

HIGA, R.; LOPES, M.H.B.M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 422-428, 2005.

_____. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da

mulher. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

HIGA, R.; LOPES, M.H.BM; REIS, M. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 42, n. 1, p. 187-192, 2008.

HONÓRIO, M.O. **Educação para o autocuidado**: uma alternativa de assistência de enfermagem ao adulto e idoso com incontinência urinária. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

HONÓRIO, M.O. SANTOS, S.M.A. A rede de apoio ao Paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 383-388, 2010.

_____. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 51-56, 2009.

HSEIH, C. H. et al. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 18, n. 11, p. 1325-1329, 2007.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em 10 de novembro de 2010.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IZCI, Y. et al. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.**, v. 20, n. 8, p. 947-952, 2009.

JACKSON, R.A. et al. Urinary incontinence in elderly women: findings from the Health, Aging, and Body Composition Study. **Obstet Gynecol.**, v. 104, n. 2, p. 301-307, 2004.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Rev. Bras. Geriat. e Gerontol.**, v. 9, n. 2, p. 25-34, 2006.

JOÃO, L.A. et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in brazilian women. **International Braz. J. Urol.**, v. 35, n. 5, p. 592-598, 2009.

KIKUCHI, A. et al. Association between physical activity and urinary incontinence in a community-based elderly population aged 70 years and over. **Eur Urol.**, v. 52, n. 3, p. 868-874, 2007.

KINCADE, J.E. et al. Factors related to urinary incontinence in community-dwelling women. **Urol Nurs.**, v. 27, n. 4, p. 307-317, 2007.

LAZARI, I.C.F.; LOJUDICE, D.C.; MAROTA, A.G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com IU: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 1, p. 103-112, 2009.

LEE, A.H.; HIRAYAMA F. Alcohol consumption and female urinary incontinence: a community-based study in Japan. **Int J Urol**, v.19, n.2, p.143-148, 2012.

LENARDT, Maria Helena et al . Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, 2007.

LEWIS, C.M. et al. Diabetes and urinary incontinence in 50- to 90-year-old women: a cross-sectional population-based study. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 193, n. 6, p. 2154-2158, 2005.

LIMA, J.L.D.A.; CARVALHO, G.M.; MARTINS, A.A. Contribuição da assistência de enfermagem obstétrica pré-natal: educação para prevenção e correção da IUE. **Mundo Saúde**, v. 31, n. 3, p. 411-418, 2007.

LIMA, M.M., BORBA, C.B.P. **Incontinência urinária:** promovendo o autocuidado através da educação em saúde com pacientes cirúrgicos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. 86p.

LINDE, K.; WILLICH, S.N. How objective are systematic reviews? Differences between on complementary medicine. **J. R. Soc. Med.**, v. 96, p. 17-22, 2003.

LOPES, M.H.B.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

LÓPEZ, M.; ORTIZ, A.P.; VARGAS, R. Prevalence of urinary incontinence and its association with body mass index among women in Puerto Rico. **J Womens Health**, v. 18, n. 10, p. 1607-1614, 2009.

MATHEUS, LM et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2013.

MATSUDA LM, CARVALHO ARS, ÉVORA YDM. Anotações /registros de enfermagem em um hospital-escola. **Ciênc Cuid Saúde**, v.6, supl.2, p.337-346, 2007.

MELO, B.E.S.; FREITAS, B.C.R.; OLIVEIRA, V.R.C.; MENEZES, R.L. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 41-50, 2012.

MELVILLE, J.L. et al. Urinary incontinence in US women: a population-based study. **Arch Intern Med.**, v. 165, n. 5, p. 537-542, 2005.

MENEZES, G.M.D. et al. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 100-108, 2012.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e Vulnerabilidade do enfermeiro na prática da sistematização da assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

MILLER, J.J. et al. Impact of hysterectomy on stress urinary incontinence: an identical twin study. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 198, n. 5, p. 565-564, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MOEHRER, B.; HEXTALL, A.; JACKSON, S. Estrógenos para incontinência urinária em mulheres. **Resumos de Revisões sistemáticas em Português.** Cochrane Review: Oxford, 2008.

MOGHADDAS, F. et al. Prevalence of urinary incontinence in relation to self-reported depression, intake of serotonergic antidepressants, and hormone therapy in middle-aged women: a report from the Women's Health in the Lund Area study. **Menopause**, v. 12, n. 3, p. 318-324, 2005.

MORENO, A.L. **Fisioterapia em uroginecologia.** São Paulo: Manole, 2004.

MOURÃO, F.A.G. et al. Prevalência de queixas urinárias e o impacto destas na qualidade de vida de mulheres integrantes de grupos de atividade física. **Acta Fisiatr.**, v. 15, n. 3, p. 170-175, 2008.

NASCIMENTO, K.C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.

NASSAR, S.M et al. **SStatNet** – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em:

<<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

OLIVEIRA, E. et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. **Rev Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 6, p. 688-690, 2010.

_____. Influência do índice de massa corporal na incontinência urinária feminina. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 9, p. 454-458, 2011.

OLIVEIRA, J.M.S. **Prevalência da IU e sua associação com a obesidade em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice.** 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980.

OZERDOĞAN, N.; BEJI, N.K.; YALÇIN, O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. **Gynecol Obstet Invest.**, v. 58, n. 3, p. 145-150, 2004.

PENA, S. B.; DÈLBOUX DIOGO, M. J. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 663-669, 2005.

PEREIRA, D.A. et al. Bexiga do idoso. In: DALL'OGGIO, M. et al. **Guia de urologia.** Barueri: Manole, 2005. p. 91-99.

PIERRI, H., ARAP, S. Anti-hipertensivos, disfunção sexual e distúrbios miccionais. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 4, p. 1181-1182, 1999.

PORTO, J. et al. Incontinência urinária secundária ao carvedilol. **Medicina Interna**, v. 10, n. 2, p. 87-89, 2003.

RIGDBY, M.D. Regaining continence after radical prostatectomy. **Nursing Standard**, v. 18, n. 8, p. 39-43, 2003.

RODRIGUES, R.A.P.; MENDES, M.M.R. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 5-20, 1994.

ROHR, G. et al. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. **Scand J Prim Health Care**, v. 23, n. 4, p. 203-208, 2005.

SAKONDHAVAT, C. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Khon Kaen menopausal women. **J Med Assoc Thai.**, v. 90, n. 12, p. 2553-2558, 2007.

SANTAROSA, R.P.; KAPLAN, S.A. Incontinência urinária de esforço em mulheres. **J Bras Urol.**, v. 23, n. 2, p. 61-68, 1997.

SANTOS, C.R.S.; SANTOS, V.L.C.G. Prevalência da IU em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre (MG), Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 903-910, 2010.

SANTOS, E.S. et al. Incontinência urinária entre estudantes de educação física. **Rev Bras Enfermagem**, v. 43, n. 2, p. 307-312, 2009.

SARMA, A. V. et al. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. **Urology**, v. 73, n. 6, p. 1203-1209, 2009.

SCARPA, K.P. et al. Sintomas do trato urinário inferior três anos após o parto: estudo prospectivo. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 7, p. 355-359, 2008.

SETZ, V. G.; INNOCENZO, M. D. Validação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul**

Enfermagem, v. 22, n. 3, p. 313-317, 2009.

SHAKHATREH, F. M. Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian women. **Saudi Med J.**, v. 26, n. 5, p. 830-835, 2005.

SILVA, A. P. M.; SANTOS, V. L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2012.

_____. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 39, n. 1, p. 36-45, 2005.

SILVA, A., OLIVA, L. Kegel exercises with the use of vaginal cones in treatment of urinary incontinence: a case study. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, Dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/8982/7238>>. Acesso em: 12 Mar. 2012.

SILVA, C. C. et al. O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 174-181, 2011.

SILVA, L.; LOPES, M.H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razão pela não procura do tratamento. **Revista Escola Enf. USP**, v. 43, n. 1, p. 72-78, 2009.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.index-f.com/textocontexto/2012/21-338.php>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

SILVA, A., OLIVA, L. Kegel exercises with the use of vaginal cones in treatment of urinary incontinence: a case study. **Scientia Medica**, Porto Alegre, dez, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/8982/7238> . Acesso em: 15 jan. 2013.

SLAZAR, A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina. Santiago de **Revista Chilena de Urologia**, v. 70, n. 1/2, p. 55-63, 2005.

SONG, Y.F. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. **Chin Med J**, v. 118, n. 11, p. 887-892, 2005.

SOUZA, C.E.C. et al. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentas e incontinentes nas pós-menopausa. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 13, n. 6, p. 535-541, 2009.

STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/ez46.periodicos.capes.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2012.

_____. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2012.

TAMANINI, J.T.N. et al. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary among elderly people in the municipality of São Paulo, Brazil: SABE study. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1756-1762, 2009.

TAHTINEN, R.M. et al. Smoking and bladder symptoms in women. **Obstet Gynecol**, v.118, n.3, p.643-648.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

TOWNSEND, M.K. et al. Body mass index, weight gain, and incident urinary incontinence in middle-aged women. **Obstet Gynecol.**, v. 110, n. 2, Pt 1, p. 346-353, 2007.

_____. BMI, waist circumference, and incident urinary incontinence in older women. **Obesity**, Silver Spring, v. 16, n. 4, p. 881-886, 2008.

TSAI, Y.C.; LIU, C.H. Urinary incontinence among Taiwanese women: an outpatient study of prevalence, comorbidity, risk factors, and quality of life. **Int Urol Nephrol.**, v. 41, n. 4, p. 795-803, 2009.

VARELA, P.L. et al. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. **Rev. Med. Hered.**, v. 16, n. 3, p. 165-171, 2005.

VIEIRA, G. B.; ALVAREZ, A. M.; GIRONDI, J. B. R. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 1, p. 78-89, 2011.

VIRTUOSO, J.F.; MAZO, G.Z.; MENEZES, E.C. Incontinência urinária e função muscular perineal em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física regular. **Rev Bras Fisioter.**, v. 14, n. 4, p.310-317, 2011.

WAETJEN, L.E. et al. Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation. **Am J Epidemiol.**, v. 165, n. 3, p. 309-318, 2007.

_____. Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. **Obstet Gynecol.**, v. 114, n. 5, p. 989-998, 2009.

ZHU, L. et al. Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. **Int Urogynecol J.**, v. 21, n. 5, p. 589-593, 2010.

_____. Epidemiology of mixed urinary incontinence in China. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 109, n. 1, p. 55-58, 2010.

_____. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. **Menopause**, v. 16, n. 4, p. 831-856, 2009.

_____. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. **Menopause**, v. 15, n. 3, p. 566-569, 2008.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
declaro estar de acordo em participar da pesquisa intitulada “Incontinência urinária na mulher idosa hospitalizada”, sob a orientação da professora Dr^a. Silvia Maria Azevedo dos Santos. Esta pesquisa será desenvolvida com a intenção de analisar a realidade das mulheres idosas internadas com incontinência urinária nos hospitais públicos da grande Florianópolis e buscar compreender as possíveis causas para este problema.

A coleta de dados será feita primeiramente através do prontuário da paciente para buscar informações a respeito da história de saúde, sobretudo, das questões ligadas às perdas urinárias. A outra parte da coleta de dados será feita através de um questionário para buscar as mesmas informações, que poderão não ter sido encontradas no prontuário.

Fui orientada e estou ciente de que todas as informações obtidas serão tratadas com respeito, e que o anonimato e o sigilo serão garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, análise final, bem como nas publicações científicas.

Estou ciente de que os responsáveis pela pesquisa estarão disponíveis para me esclarecer qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho através dos telefones abaixo, além de garantirem que a minha participação é voluntária, podendo haver desistência a qualquer momento, sem penalizações.

Estou ciente de que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Assinatura do Participante: _____

RG: _____

Telefones p/ contato: Enf.^a Melissa Orlandi Honório Locks,
91190466 ou 37218033.

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Curso de Doutorado

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Maria A. dos Santos

Doutoranda: Enf.^a Melissa Orlandi Honório Locks

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTITUIÇÃO:

CLÍNICA MÉDICA:

Dados coletados no prontuário

1. Identificação: _____ Prontuário: _____

2. Diagnóstico da internação: _____

Dados pessoais:

3. Idade: _____ anos

4. Data da internação: _____ / _____ / _____.

5. Data da alta: _____ / _____ / _____.

6. Procedência: 1 () asilo 2 () domicílio

Dados Clínicos

7. Mobilidade

1. Deambula sozinha ()

2. Deambula com auxílio de equipamento: ()

3. Deambula com auxílio de outra pessoa: ()

4. Acamada ()

8. Uso de betabloqueadores

1 () sim 2 () não

9. Uso de diuréticos

1 () sim 2 () não

10. Doenças associadas:

1 DM () sim () não

2. HAS () sim () não

3. Depressão () sim () não

Dados dos registros da enfermagem e medicina**11. Há registro sobre eliminações vesicais no histórico?**

1 () sim. O quê? _____

2 () não

3 () não há histórico

12. Há registro sobre eliminações vesicais na evolução de enfermagem?

1 () sim. O quê? _____

2 () não

3 () não há evolução de enfermagem

13. Há registro sobre eliminações vesicais na prescrição de enfermagem?

1 () sim. O quê? _____

2 () não

3 () não há prescrição de enfermagem

14. Há registro sobre eliminações vesicais nas anotações complementares da equipe de enfermagem?

1 () sim. O quê? _____

2 () não

3 () não há anotações complementares

15. Há registro sobre eliminações vesicais na prescrição médica?

1 () sim. O quê? _____

2 () não

16. Há registro sobre eliminações vesicais na evolução médica?

1 () sim. O quê? _____

2 () não

Dados coletados com a paciente**Dados ginecológicos****1. Com que idade você entrou na menopausa?**

1 () antes dos 44 anos

2 () entre 45 e 50 anos

3 () entre 51 e 55 anos

4 () entre 56 e 60 anos

5 () com 61 anos ou mais

6 () não lembra

2. Faz reposição hormonal?

1 () sim () não

3. Você já realizou alguma cirurgia ginecológica anterior?

1 () sim () não

Se sim, qual? _____**Dados obstétricos****4. Quantas gestações você teve?**

1 () nenhum

4 () três

2 () uma

5 () quatro

3 () duas

6 () cinco ou mais

5. Quantos foram partos vaginais?

1 () nenhum

4 () três

2 () um

5 () quatro

3 () dois

6 () cinco ou mais

7 () não lembra

14. Se sim, em que quantidade?

- 1 () menos de uma carteira por dia
- 2 () entre 1 e 2 carteiras por dia
- 3 () mais do que duas por dia

15. Você consome bebida alcoólica?

- 1 () sim
- 2 () não

16. Se sim, em que quantidade?

- 1 () socialmente
- 2 () diariamente
- 3 () semanalmente

Dados urológicos

17. Você perde urina nos intervalos das idas ao banheiro?

- 1 () sim
- 2 () não

Se sim, siga para as perguntas abaixo:

18. Há quanto tempo você vem perdendo urina?

- 1 () há menos de 6 meses
- 2 () entre 6 meses e 01 ano
- 3 () entre 1 ano a 03 anos
- 4 () há mais de 03 anos
- 5 () após a hospitalização

19. Você perde urina em que situações abaixo:

- 1 () ao tossir
- 2 () ao espirrar
- 3 () ao carregar peso
- 4 () durante atividade física
- 5 () quando o banheiro está longe
- 6 () ao abaixar-se

20. Desde que você internou, algum profissional da saúde perguntou sobre a incontinência urinária?

- 1 () sim
- 2 () não

APÊNDICE C - Roteiro entrevista semiestruturada**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Curso de Doutorado**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Maria A. dos Santos

Doutoranda: Enf.^a Melissa Orlandi Honório Locks

**ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA -
ENFERMEIROS**

- 1) Você costuma questionar sobre os hábitos urinários dos pacientes que permanecem hospitalizados na unidade? (Sim, não e por quê? Em que momento da hospitalização).
- 2) Que tipo de cuidados você costuma orientar ou realizar para esses pacientes com IU?
- 3) Quais as dificuldades ou os empecilhos que você encontra no atendimento de pacientes com incontinência urinária no cotidiano da sua assistência?

APÊNDICE D – Tabela dados gerais da pesquisa

Tabela: Perfil das idosas hospitalizadas com mais de 60 anos inseridas no estudo. Florianópolis, 2012.

Variável	n	%
Instituição		
HU	82	66,13
HGCR	42	33,87
Clínica		
III	48	38,71
II	34	27,42
CM	42	33,87
Procedência		
Domicílio	124	100,00
Mobilidade		
Deambula sozinha	77	62,10
Deambula com auxílio equipamento	3	2,42
Deambula com auxílio outra pessoa	24	19,35
Acamada	20	16,13
Realização de Exercício Físico		
Sim	49	39,52
Não	75	60,48
Tipo de Exercício Físico		
Não Realiza	75	60,48
Caminhada	29	23,39
Ginástica	4	3,23
Trabalho que exija esforço físico	16	12,90
Tipo de Exercício Físico 2		
Não Realiza	111	89,52

Ginástica	2	1,61
Trabalho que exija esforço físico	11	8,87
Frequência de Exercício Físico		
Não Realiza	75	60,48
Diariamente	32	25,81
De 2 a 3 vezes por semana	11	8,87
Uma vez por semana	2	1,61
Esporadicamente	4	3,23
<hr/>		
Variável	n	%
Uso de Betabloqueadores		
não	61	49,19
sim	63	50,81
Uso de Diuréticos		
não	72	58,06
sim	52	41,94
Uso de outros medicamentos		
sim	121	97,58
não	3	2,42
DM		
não	75	60,48
sim	49	39,52
HAS		
não	51	41,13
sim	73	58,87
Depressão		
não	120	96,77
sim	4	3,23
Doenças Neurológicas		

não	121	97,58
sim	3	2,42
Outras Doenças		
sim	107	86,29
não	17	13,71

Variável	n	%
Idade Menopausa		
Não está na menopausa	5	4,03
Antes dos 44 anos	15	12,10
Entre 45 e 50 anos	52	41,94
Entre 51 e 55 anos	36	29,03
Entre 56 e 60 anos	8	6,45
Com 61 anos e mais	3	2,42
Não lembra	5	4,03
Realização de reposição hormonal		
Sim	27	21,77
Não	97	78,23
Cirurgia Ginecológica		
Sim	49	39,52
Não	75	60,48
Número de Gestações		
Nenhuma	14	11,29
Uma	7	5,65
Duas	12	9,68
Três	13	10,48
Quatro	13	10,48
Cinco ou mais	65	52,42
Número de Partos Vaginais		

Não lembra	1	0,81
Nenhum	16	12,90
Um	9	7,26
Dois	16	12,90
Três	12	9,68
Quatro	16	12,90
Cinco ou mais	54	43,55
Episiotomia		
Não lembra	1	0,81
Sim	38	30,65
Não	85	68,55

Variável	n	%
Constipação Intestinal		
Sim	68	54,84
Não	56	45,16
Consumo de Café		
Sim	106	85,48
Não	18	14,52
Quantidade de Café consumida		
Não consome	18	14,52
Esporadicamente	2	1,61
Uma xícara ao dia	25	20,16
De 2 a 3 xícaras por dia	69	55,65
3 ou mais xícaras ao dia	10	8,06
Tabagismo		
Sim	23	18,55
Não	101	81,45
Quantidade de Cigarros		
Não fuma	101	81,45

Menos de uma carteira por dia	21	16,94
Entre 1 e 2 carteiras por dia	2	1,61
Consumo de Bebida Alcoólica		
Sim	9	7,26
Não	116	92,74
Frequência consumo bebida alcoólica		
Não consome	115	92,74
Socialmente	8	6,45
Diariamente	1	0,81

Tabela: Registros sobre as eliminações vesicais nos prontuários das idosas do estudo. Florianópolis, 2012

Variável	n	%
Perda de Urina		
Sim	87	70,16
Não	37	29,84
Tempo de perda urinária		
Não tem perda urinária	37	29,84
Há menos de 6 meses	30	24,19
Entre 6 meses e 1 ano	6	4,84
Entre 1 ano e 3 anos	9	7,26
Há mais de 3 anos	42	33,87
Perda urinária ao tossir		
Não	79	63,71
Sim	45	36,29
Perda urinária ao espirrar		
Não	86	69,35
Sim	38	30,65
Perda urinária ao carregar peso		

Não	116	93,55
Sim	8	6,45

Perda urinária durante atividade física

Não	124	100,00
-----	-----	--------

Perda urinária quando o banheiro está longe

Não	82	66,13
Sim	42	33,87

Perda urinária ao abaixar-se

Não	121	97,58
Sim	3	2,42

Tipo de proteção que usa

Nenhuma	75	60,49
Toalhinhas	8	6,45
Absorvente fino	5	4,03
Absorvente grosso	9	7,26
Fralda Geriátrica	27	21,77

Variável	n	%
Histórico Enfermagem		
Sim	62	50,00
Não	13	10,48
Não há histórico	49	39,52
Evolução Enfermagem		
Sim	72	58,06
Não	7	5,65
Não há Evolução de Enfermagem	45	36,29
Prescrição Enfermagem		
Sim	27	21,77

Não	47	37,90
Não há Prescrição de Enfermagem	50	40,32
Anotações Complementares		
Sim	111	89,52
Não	5	4,03
Não há anotações complementares	8	6,45
Prescrição Médica		
Sim	27	21,77
Não	97	78,23
Evolução Médica		
Sim	82	66,13
Não	42	33,87
Questionamento sobre Incontinência Urinária		
Sim	28	22,58
Não	96	77,42

ANEXO A - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 742

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584 GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 742 FR: 328478

TÍTULO: Incontinência urinária na mulher idosa hospitalizada.

AUTOR: Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Melissa Orlandi Honório

FLORIANÓPOLIS, 31 de Maio de 2010.



Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC