



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização

Enfermagem de Reabilitação

***CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DA
CONTINÊNCIA URINÁRIA NOS IDOSOS***

Maria Estela Fontes Escada Garrido

Lisboa

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização

Enfermagem de Reabilitação

***CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DA
CONTINÊNCIA URINÁRIA NOS IDOSOS***

**Dissertação de Mestrado por: Maria Estela Fontes Escada
Garrido**

**Orientador Coordenador: Professor João Carlos Barreiros dos
Santos**

Lisboa

2013

“Somos aquilo que fazemos de forma repetida. Por isso, a excelência não é um acto, mas um hábito.”

Aristóteles

Sinceros agradecimentos,

Ao Prof. João Santos, orientador desta tese, pelo seu precioso tempo dispensado, pela motivação e orientação científica.

Aos enfermeiros que gentilmente se prontificaram a participar no estudo.

Ao Pedro,

Ao Fábio por ser a minha fonte de ânimo,

À Isabel e à Patrícia que nunca me esqueceram,

À Helena Laginha pelas palavras assertivas em cada momento,

Aos amigos pela força na continuidade e apoio familiar.

RESUMO

Cuidados de Enfermagem Promotores da Continência Urinária nos Idosos, é um estudo exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa, que tem como objetivo compreender os cuidados de enfermagem promotores da continência urinária prestados aos idosos internados no hospital num serviço de medicina. O método utilizado para a recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada a seis enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional no referido serviço. O tratamento dos dados foi efetuado com base na análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2009).

Dos resultados obtidos, concluímos que, o enfermeiro baseia a avaliação da incontinência urinária e a sua tomada de decisão sobre as estratégias de intervenção, na observação e na informação transmitida pelos idosos e que possui competências para identificar alguns dos riscos da incontinência urinária, planeando ações no sentido da sua prevenção, nomeadamente ao nível das lesões da pele e das infeções urinárias. O enfermeiro implementa ainda estratégias comportamentais no sentido da promoção da continência urinária como sejam, a micção imediata, a educação para a promoção da independência e o uso de absorventes.

Quanto aos fatores que influenciam os cuidados promotores da continência urinária, estão relacionados não só com o enfermeiro, mas também com a pessoa idosa e com o contexto de trabalho. Relativamente ao enfermeiro os fatores identificados foram: a falta de motivação para a problemática, a não atribuição de prioridade à incontinência urinária, a falta de disponibilidade, a organização dos cuidados, a perceção do valor atribuído pelo idoso ao problema e o conhecimento sobre o tema. Neste contexto de trabalho que se caracteriza por ser um serviço de internamento de doentes idosos em fase de agudização da sua doença, os cuidados de enfermagem dirigidos à eliminação urinária, surgem relacionados com uma certa rotinização, o que condiciona a sua avaliação, a centralidade dos cuidados em cada pessoa idosa e ainda a sua educação. Quanto aos fatores relacionados com a pessoa idosa, a sua capacidade de comunicação e a sua capacidade funcional, parecem influenciar diretamente a avaliação da incontinência urinária e a implementação de estratégias na promoção da continência. Quanto ao contexto de trabalho, fatores como os recursos humanos e a existência de barreiras físicas, podem contribuir para a não implementação de planos de cuidados de continência.

Palavras-chave: incontinência urinária, enfermagem, idosos, promoção da continência urinária

ABSTRACT

The Nursing Care That Promotes Urinary Continence in Elderly Patients is an exploratory and descriptive case study with a quality approach that has as a main goal to know and understand the nursing care given to elderly patients who are being treated in the hospital. The method chosen to collect data was the semi-structured interview. The interviews were done to six nurses who work in the same hospital. The data was handled based on the analysis of content, according to Bardin (2009).

After analyzing the results, we reached the conclusion that nurses base their assessment of urinary incontinence (UI) and decide what treatment to follow according to the information given by the elderly patient and that they are able to identify some of the risks of UI, taking action to promote its prevention, namely the prevention of skin conditions and urinary infections. They implement actions strategies that aim to promote urinary continence such as the frequent emptying of the bladder, the education to promote independence and the use of incontinence materials such as adult diapers.

As for the factors that influence the care that promotes the urinary continence, we concluded that they are closely related to the nurse, the elderly patient and the working conditions.

The factors related to the nurse are: the lack of motivation to this topic, the fact that the UI isn't seen as a priority, the lack of time, the way the nursing care is organized, the lack of perception of the importance given by the elderly patient to this problem and the lack of knowledge about this problem. In this working context which is characterized by being a service of admission of elderly patients who are in an advanced phase of their illness, the nursing care towards the urine extraction is related to a certain routine which conditions its assessment, to the specific care given to each elderly patient and also to the education of the nurses.

As for the factors related to the elderly patient, we concluded that their communication skills and ability to function have a direct influence in the assessment of UI and the strategies chosen to promote the urinary continence.

Concerning the working conditions factors like human resources and the existence of physical barriers were identified as contributing to the absence of a plan to deal with urinary continence.

Keywords: urinary incontinence, nursing, older people, promotion of urinary continence

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1- A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NOS IDOSOS	16
1.1. Conceitos, dados epidemiológicos e prevalência	16
1.2. Alterações do aparelho urinário relacionadas com o envelhecimento	18
1.3. Distinção dos diferentes tipos de Incontinência Urinária	19
1.4. Os cuidados de enfermagem: da identificação à gestão da continência urinária na pessoa idosa	20
1.5. A particularidade da incontinência urinária transitória nos idosos	23
1.6. Um olhar atento sobre a incontinência urinária funcional nos idosos.....	24
1.7. As intervenções comportamentais como 1. ^a opção de tratamento da pessoa idosa com incontinência urinária	25
SEGUNDA PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	28
2 - DO PERCURSO DA REVISÃO SISTEMÁTICA AO OBJECTIVO DO ESTUDO	28
3 - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	29
3.1. Tipo de estudo	29
3.2. Seleção dos participantes e do local	30
3.3. Instrumento de colheita de dados.....	31
3.4. Tratamento de dados	33

TERCEIRA PARTE – OS DADOS DAS ENTREVISTAS	35
4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	35
4.1. O enfermeiro baseia a sua avaliação e decisão na observação e na informação fornecida pelo doente.....	36
4.1.1. Observação	37
4.1.2. Informação fornecida pelo doente	38
4.2. O enfermeiro desenvolve estratégias de intervenção com vista à obtenção de resultados	41
4.2.1 O enfermeiro desenvolve estratégias de intervenção relacionadas com a prevenção de complicações da incontinência urinária.....	41
4.2.1.1. Prevenção das lesões da pele	42
4.2.1.2. Prevenção das infeções urinárias	42
4.2.2. O enfermeiro desenvolve estratégias comportamentais promotoras da continência urinária.....	43
4.2.2.1. Estimulo à micção imediata	44
4.2.2.2. Educação para a promoção da independência	45
4.2.2.3. O uso de absorventes	46
4.3. O enfermeiro identifica fatores que influenciam os cuidados promotores da continência urinária.....	49
4.3.1. Relacionados com o enfermeiro	50
4.3.1.1. Falta de motivação para a problemática	50
4.3.1.2. Não atribuição de prioridade ao problema	52
4.3.1.3. Falta de disponibilidade e organização dos cuidados	54
4.3.1.4. Perceção do valor atribuído pelo idoso ao problema.....	55
4.3.1.5. Conhecimento sobre o tema	57

4.3.2. Relacionados com a pessoa idosa	60
4.3.2.1. Capacidade de comunicação	60
4.3.2.2. Capacidade funcional	61
4.3.3. Relacionados com o contexto.....	63
4.3.3.1 Recursos humanos	64
4.3.3.2. Barreiras físicas	65
5- CONCLUSÃO.....	66
6 - BIBLIOGRAFIA.....	70
APÊNDICES	74
Apêndice I – Guião de entrevista	75
Apêndice II – Requerimento à Direção dos Serviços de Enfermagem para aplicação de entrevista aos enfermeiros para realização de um estudo de investigação.....	78
Apêndice III – Análise dos dados das entrevistas	80

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, é uma ciência e uma profissão que requer o conhecimento da pessoa como um todo, nos seus aspetos físico, psicológico, cognitivo, social, económico, meio ambiente envolvente, e a sua inter-relação. Este conhecimento materializa-se no exercício profissional dos enfermeiros, sendo que a Enfermagem é “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional...” (REPE, 1996). Pelo que, a pessoa enquanto pessoa, necessita de atenção, numa perspetiva de cuidados de enfermagem portadores de sentido e de ajuda para a pessoa cuidada (Hesbeen, 1997), segundo os seus projetos de saúde, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros quando afirma que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Por seu lado a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelece o “envelhecer com boa saúde” como meta a atingir até 2020. Esta meta implica que as pessoas com mais de 65 anos deveriam ter a possibilidade de expressar todas as suas potencialidades de saúde, e pretende uma organização efetiva de cuidados dirigidos à saúde integral das pessoas idosas, que abranja a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença e a reabilitação. O desafio para os enfermeiros reside na identificação e no reconhecimento daquilo que constitui uma prestação de cuidados de excelência e simultaneamente respondam às necessidades dos doentes (Craig J., Smyth R; 2004). Ainda relativamente aos cuidados de enfermagem, Hesbeen (1997), salienta que “os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa, com vista ajudá-la na sua situação, utilizando para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem”. Prossegue, afirmando que os cuidados de enfermagem que se processam numa ação interpessoal, são de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, sistema socioeconómico, em cada pessoa e em cada situação. Se, o enfermeiro planear cada ação numa perspetiva do cuidar, esta representará a atenção única dispensada a cada pessoa que é única, em cada situação que é singular.

Mas por vezes os cuidados de enfermagem parecem-nos que emergem de uma prática rotineira, em que a autorreflexão, autoanálise e autocritica permanecem adormecidos no quotidiano do dia-a-dia feito de tarefas, cumprimento de horários, protocolos e resposta a



múltiplas solicitações. Contudo, acreditamos que a prática da enfermagem jamais será rotineira, porque as pessoas de quem cuidamos, apresentam respostas diferentes aos diversos processos do seu ciclo de vida, incluindo os de saúde/doença, num continuum dependência/independência, ao longo da sua vida, fatores que influenciam as atividades e a individualidade de vida, tal como referem Roper – Logan – Tierney, (2000). Se cada pessoa é única, a reação e adaptação aos problemas reais e/ou potenciais são únicos, logo os cuidados de enfermagem dirigidos às necessidades de cada doente são necessariamente intervenções personalizadas. Estas interações entre enfermeiros, doentes, e contexto de trabalho são inseparáveis, na medida em que se influenciam mutuamente. Nesta interação, surge para nós a problemática da incontinência urinária que desde há alguns anos é para nós, um tema preocupante, pelo elevado número de pessoas internadas com esta condição. Estes dados são o resultado de uma observação empírica mas atenta daqueles de quem cuidamos em contexto de trabalho hospitalar e que vieram a confirmar-se com a pesquisa bibliográfica que efetuámos para a realização do presente trabalho.

Assim e segundo a Associação Portuguesa de Urologia, mais de 60 milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por esta patologia, e que em Portugal aponta para a existência de 600 mil incontinentes urinários nos diferentes segmentos etários. Contudo, o grupo etário mais afetado pela incontinência urinária, são os idosos, encontrando-se uma prevalência de 90% de incontinentes nos lares de terceira idade, sendo as mulheres mais afetadas que os homens, entre duas a cinco vezes, e a sua prevalência é mais elevada após a menopausa (European Association of Urology, 2006).

O envelhecimento demográfico, segundo o último recenseamento da população em Portugal, de 2001, duplicou entre o ano de 1960 (8%) para 16,4% em 2001, prevendo-se uma continuação do aumento dos idosos nesta última década, 2001-2011, (INE, 2001) pelo que consequentemente o número de idosos com incontinência urinária aumentará. De igual forma, o aumento da longevidade da população mundial e as perspetivas futuras garantem aos cuidados de promoção da continência urinária realce dentro das atividades que visam à melhoria da qualidade de vida, em especial a das pessoas durante a senescência (Rhoden, 2009). A incontinência urinária representa uma condição clínica com uma prevalência elevada na população em geral, e especificamente nos idosos, com comprometimento na qualidade de vida e impacto significativo do ponto de vista físico e psicológico. Assim, os idosos com incontinência urinária vêem a sua vida social afetada



pela limitação na participação em diferentes atividades (Doughty, 2006; Rhoden, et al 2009).

O envelhecimento da população tem vindo a influenciar a prática dos cuidados de enfermagem, pelo que têm de ser introduzidas mudanças adaptadas às características da pessoa idosa, das equipas e das unidades de saúde para que possam desenvolver estratégias e mobilizar recursos (Moniz 2003). Agnew R., Booth J. (2009), citam Crestodina (2007) e Cheater et al (2008) para afirmar que a promoção da continência urinária é vista por muitos como um dos fundamentos dos cuidados de enfermagem o que aumentará significativamente a qualidade de vida e dignidade da pessoa idosa. Assim, os enfermeiros devem estar conscientes do impacto da incontinência urinária não tratada nas pessoas idosas, pelo que devem promover a continência e não implementar estratégias de contenção (Dingwall, L., & McLafferty, E., 2006). O impacto de uma avaliação insuficiente da incontinência urinária também se reflete num risco aumentado de quedas, aumento do aparecimento de úlceras de pressão e atraso na cicatrização, ampliam o tempo de internamento e potenciam o internamento destes em lares de terceira idade (Dingwall, L., & McLafferty, E. 2006). Para Agnew R., Booth J. (2009) a incontinência urinária continua subavaliada e subtratada nos idosos, sendo que Nazarko (2008), afirma que a subavaliação da incontinência urinária pode contribuir para que pessoas que poderiam ser ajudadas a recuperar a sua continência, continuem a ser rotuladas de incontinentes e ainda que a própria avaliação pode levar os profissionais a identificar e tratar os problemas relacionados com a incontinência urinária.

Por todas as razões apontadas, os enfermeiros devem ter conhecimento das consequências da incontinência urinária para os idosos e estarem motivados para a prestação de cuidados no sentido da prevenção e minimização dos efeitos secundários da mesma com a implementação de estratégias centradas na pessoa e adequadas ao contexto de trabalho. Para Hesbeen (2001), ninguém pode motivar os outros, mas todas as pessoas se podem motivar a si mesmas e avançar no sentido do ponto onde pretendem chegar.

Para Doughty, (2006) os enfermeiros de cuidados gerais são portadores de competências para a identificação dos riscos da incontinência urinária e gestão da incontinência urinária incluindo história relevante, exame físico, registo dos episódios de incontinência, identificação de complicações secundárias como a infeção, retenção, lesões da pele e distúrbios neurológicos. O desenvolvimento do conhecimento atual na área da



incontinência urinária, permite afirmar que esta situação não é inevitável e que também não faz parte de um processo normal do envelhecimento. Assim, a incontinência urinária é reconhecida como sendo uma condição reversível, sendo as intervenções comportamentais a primeira opção de tratamento, o tratamento farmacológico pode ser associado e o tratamento cirúrgico é recomendado quando os anteriores não surtiram os resultados desejados (Hoeman, 2000; Doughty, 2006; Newman 2009). Dado a incontinência urinária ser um problema de saúde significativo, este tem estimulado a investigação na área da prevenção e gestão da mesma, demonstrando os seus resultados que uma enfermagem mais qualificada aumenta a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados prestados (Newman 2009). Ainda dentro da mesma temática, para Hesbeen (2000), os ganhos para os cuidados de enfermagem com a investigação traduzem-se no aumento do conhecimento para que os enfermeiros possam basear e organizar a sua prática e ainda num aumento da capacidade dos profissionais para inovar na prestação de cuidados.

A literatura científica afirma-o e a nossa experiência pessoal e profissional confirma que uma prática fundamentada na evidência, associada à perícia clínica e reconhecendo os valores do doente, resultam em benefícios para os doentes e para o sistema de cuidados de saúde. A adequação das decisões dos enfermeiros é imprescindível e a sua fundamentação deve ser sólida e credível.

É no meio hospitalar que desenvolvemos a nossa atividade, e ao longo dos anos este tema tem sido para nós perturbante, pensamos que de difícil gestão, mas acreditamos na possibilidade da sua resolução ou no mínimo no controlo dos sintomas com melhoria na qualidade de vida dos doentes através da implementação de estratégias adequadas.

Com a realização do Curso de Especialização de Enfermagem de Reabilitação e a aquisição e aprofundamento dos saberes nesta área, o desejo de trabalhar este tema evidenciou-se e a oportunidade surgiu com a escolha do tema para a dissertação de Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A maioria dos trabalhos de investigação acerca deste tema, usa o método quantitativo para a recolha de dados e existe falta de investigação qualitativa especificamente na área da prestação de cuidados aos idosos com incontinência urinária internados no hospital (Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006). Neste trabalho vamos dar ênfase à prestação de cuidados pelos enfermeiros em contexto de internamento hospitalar aos idosos com incontinência urinária, contudo na revisão sistemática efetuada para a elaboração deste



trabalho, os artigos encontrados que abordam especificamente a incontinência urinária em meio hospitalar são escassos, encontrando vários trabalhos de investigação desenvolvidos sobre esta temática, mas no domicílio e em lares de idosos. Na nossa pesquisa também não encontramos estudos publicados por enfermeiros portugueses que visem o tema da promoção da continência urinária no hospital.

A prestação de cuidados de enfermagem na área da promoção da continência urinária aos idosos, representa para nós e segundo os autores consultados, uma prestação de cuidados de enfermagem de excelente qualidade, evidenciada pelos resultados da investigação nesta área. Assim parece-nos relevante um estudo de investigação na área da incontinência urinária com uma abordagem qualitativa para conhecermos e compreendermos como cuidam os enfermeiros dos idosos portadores de incontinência urinária, quais os fatores que influenciam os cuidados neste contexto de trabalho específico através das experiências vividas pelos participantes no estudo e contribuir para o alargamento do corpo de conhecimentos da enfermagem nesta área.

Nesta óptica de aumentar o conhecimento, na procura de respostas, acreditando que com ganhos para a prática de enfermagem e com utilidade social, surge o nosso objetivo nesta temática da promoção da continência urinária nos idosos:

- Compreender os cuidados de enfermagem promotores da continência urinária prestados pelos enfermeiros aos idosos internados no hospital, num serviço de medicina.

Com o intuito de dar resposta ao objetivo traçado, elaborámos a questão de investigação:

- Que cuidados de enfermagem promotores da continência urinária são prestados pelos enfermeiros aos idosos internados no hospital, num serviço de medicina?

Visando a resposta a esta questão de investigação, recorreremos à entrevista semiestruturada aos enfermeiros que desempenham as suas funções no hospital num serviço de medicina, onde decorreu o estudo.

Este trabalho encontra-se dividido em três grandes partes e no final apresentamos as conclusões. Assim, na primeira parte, faremos o enquadramento teórico a partir de uma revisão bibliográfica acerca do tema, com base em autores reconhecidos na área. Na segunda parte apresentaremos os aspetos metodológicos relacionados com o estudo e na terceira e última parte faremos a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos. Cada tema terá uma breve introdução ao mesmo, seguido da apresentação das respetivas categorias e subcategorias, com recurso à transcrição das unidades de significação das entrevistas e respetiva discussão com recurso à literatura científica.



Finalmente, na conclusão apresentaremos os principais resultados deste estudo e perspetivamos a sua continuidade, nomeadamente o desafio da implementação de um programa de intervenção, na área da promoção da continência urinária dirigido aos idosos, baseado na evidência atual.

PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NOS IDOSOS

1.1. Conceitos, dados epidemiológicos e prevalência

Para a Ordem dos Enfermeiros pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”. Assumindo esta definição, o Instituto Nacional de Estatística considera pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

Relativamente ao conceito de incontinência urinária, previamente a 2004, esta era definida pela International Society of Continence como “a perda de urina que ocorre sem a vontade do doente, demonstrada objetivamente, podendo causar um problema social e de higiene”. Em 2004, esta definição foi atualizada sendo atualmente a incontinência urinária definida por “qualquer perda de urina involuntária por via uretral”. Por oposição, apresentamos a definição de continência, que é definida como o acto de armazenar urina na bexiga, até que uma oportunidade socialmente adequada surja para urinar. O conceito de continência urinária implica a ausência de qualquer perda de urina entre episódios de micção, mesmo durante os períodos de atividade física ou quando surge um forte desejo de urinar. É um complexo mecanismo que depende da integridade anatómica e funcional de vários sistemas fisiológicos que são habitualmente alvo de doença em pessoas idosas. Relativamente ao exercício profissional da enfermagem, este centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, e os cuidados de enfermagem têm em atenção a promoção dos projetos de saúde de pessoa. Assim, o enfermeiro procura prevenir a doença, promover o processo de readaptação e a máxima independência na realização das atividades de vida e ainda a adaptação funcional aos défices e fá-lo frequentemente através de processos de aprendizagem do doente (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

Num estudo realizado pelo serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto (2008), solicitado pelas Associações Portuguesas de Urologia e de Neuro-Urologia, a prevalência da incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada, é de 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens. Segundo os autores a prevalência global de incontinência urinária nas mulheres foi inferior à encontrada em



outros estudos realizados na Europa (relatam uma prevalência de 35% de incontinência urinária em quatro países, a variar entre 23% em Espanha e 44% em França. É apontada como razão principal para a menor prevalência encontrada, fatores relacionados com o constrangimento ou vergonha em relatar sintomas relacionados com a incontinência urinária. Esta afirmação é corroborada pela Associação Portuguesa de Urologia (2011) que refere que a incontinência urinária ainda é encarada como um tabu, pelo que condiciona a vida dos portadores a nível, pessoal, familiar, social e laboral e pode levar à fuga do contato social e ao isolamento. A incontinência urinária tem sido reconhecida como tendo fortes impactos a nível biológico e psicossocial, associado à diminuição da qualidade de vida, afetando aspetos sociais, psicológicos, físicos e sexuais. Esta, acarreta consequências para a saúde, entre eles a ocorrência de quadros depressivos, dermatites associadas à incontinência urinária, úlceras de pressão, infeções do trato urinário, aumento do número de internamentos, quedas sobretudo a caminho da casa de banho com aumento do número de fraturas e perturbações do sono (Doughty, 2006; Rhoden, 2009).

A incontinência urinária é uma das condições mais comuns e perturbadoras vividas pelas pessoas idosas. Há evidência de que a sua presença leva a um aumento de incapacidade e dependência nos idosos, resultando no isolamento social e na institucionalização dos mesmos. Existem também muitas consequências para os cuidadores de idosos com incontinência urinária, como sejam a depressão, o isolamento social e a privação do sono (Booth J., 2009). Para Newman (2009), a incontinência urinária não deve ser aceite nunca como normal, nem nos idosos, nem nas pessoas com demência, nem em pessoas institucionalizadas. A incontinência urinária pode ser tratada, controlada e mesmo curada, mas a maioria das pessoas não busca ajuda para este problema porque acreditam que a incontinência urinária é normal no envelhecimento, que não existe tratamento ou ainda que o tratamento não ajuda. Estima-se que pelo menos 50% das mulheres com incontinência urinária não procurem os profissionais de saúde para tratamento da mesma (Melville et al, 2006).

As condições urológicas, que se relacionam com a perda de urina, são muitas vezes negligenciadas, especialmente pelas mulheres que representam cerca de 85% dos portadores de incontinência urinária. Cerca de 40% das mulheres com mais de 60 anos podem ser afetadas por esta condição (Associação Portuguesa de Urologia, 2011). Esta entidade diz-nos ainda que, um tratamento eficaz pode melhorar a qualidade de vida,



reduzir a dependência familiar no caso dos idosos e evitar o internamento precoce em lares da terceira idade, sendo que a incontinência urinária é uma das principais causas de internamento de longa duração.

A incontinência urinária é também um fator que leva os idosos ao internamento no hospital com cerca de 33% dos internamentos de mulheres, aumentando para 50% nos homens. E, apesar das implicações na qualidade de vida, a incontinência urinária muitas vezes não é relatada pelos doentes, e mesmo quando é observada pelos profissionais de saúde é-lhe conferida baixa prioridade em termos de cuidados (Matthews, 2010).

As pessoas portadoras de incontinência urinária, ainda não apreenderam que tem havido um esforço enorme de investigação nesta área o que tem ajudado os profissionais de saúde a compreender a prevalência, causas, avaliação e benefícios do tratamento da incontinência urinária. Mas, apesar da crescente informação disponível sobre a incontinência urinária, a formação inicial ministrada aos enfermeiros sobre incontinência, é ainda muito parca (Newman, 2009; citando Newman, 2005).

1.2. Alterações do aparelho urinário relacionadas com o envelhecimento

O envelhecimento por si só não causa incontinência urinária, mas o aparecimento de algumas doenças como o acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e demências relacionadas com o envelhecimento a nível do sistema nervoso central, bexiga e órgãos adjacentes aumentam o risco do aparecimento de incontinência urinária nos idosos. Estes urinam volumes pequenos, mas frequentes durante o dia, e têm maior propensão para a incontinência noturna (Doughty, 2006).

As alterações esperadas com o envelhecimento relacionadas com o aparelho urinário são: redução da capacidade para retardar a micção, aumento da frequência e diminuição da força das contrações involuntárias do detrusor, aumento do volume residual e um aumento de produção de urina durante a noite, sendo este aproximadamente igual ao volume de urina produzido durante o dia (Doughty, 2006; Hoeman, 2000).

Por seu lado existem fatores relacionadas com o género, que afetam a incontinência urinária. Nos homens o aumento da próstata produz uma obstrução progressiva na eliminação urinária, que evidencia um agravamento dos sintomas como sejam a frequência, a urgência e a sensação de esvaziamento incompleto. Nas mulheres a atrofia urogenital pode causar aumento da frequência urinária, urgência e disuria e pode



contribuir ainda para um comprometimento do esfíncter, podendo estas mulheres sofrer de incontinência urinária de urgência, de esforço ou incontinência urinária mista (Doughty, 2006).

1.3. Distinção dos diferentes tipos de Incontinência Urinária

A ICS (International Continence Society), segundo Doughty (2006) define os seguintes tipos de incontinência urinária:

A incontinência urinária de esforço, que é definida subjetivamente como uma queixa de perda involuntária de urina durante um esforço, exercício, espirro ou tosse e objetivamente é a observação de perda involuntária de urina pela uretra durante um esforço, exercício, espirro ou tosse. A incontinência urinária de esforço, surge por ausência de qualquer contração do detrusor ou aumento da pressão intra-abdominal, que equivale á perda involuntária de urina, quando a pressão intravesical excede a pressão intra-uretral na ausência de atividade do detrusor. Este tipo de incontinência é o mais comum nas mulheres e também na população em geral. Os factores de risco para o seu aparecimento são: a histerectomia, esforço persistente para evacuar, menopausa, obesidade, prolapso pélvicos, idade, diminuição do colagénio no tecido periuretral e perivaginal.

A incontinência urinária de urgência, é definida subjetivamente como uma queixa de perda de urina involuntária acompanhada ou imediatamente precedida de urgência (vontade súbita e irresistível de urinar e difícil de protelar). As pessoas referem que não conseguem chegar a tempo à casa de banho para urinar, sendo a quantidade de urina perdida de moderada a elevada. Podem ser apontadas causas de instabilidade do detrusor e lesões do sistema nervoso.

A bexiga hiperativa, é definida como a urgência em urinar com ou sem incontinência de urgência e é geralmente acompanhada de polaquiúria. A prevalência é semelhante entre mulheres e homens, e os fatores de risco estão relacionados com estilos de vida como, a obesidade, tabagismo, dieta, álcool, entre outros.

A incontinência urinária mista é definida como uma queixa de perda de urina involuntária precedida de urgência, associada ao esforço, exercício, espirro ou tosse.

A incontinência por regurgitação é definida como qualquer perda involuntária de urina associada com distensão da bexiga, contudo a ICS atualmente não recomenda o uso



desta terminologia, a menos que em termos de fisiopatologia a consigamos definir como uma obstrução vesical ou hipoatividade do detrusor.

Uncategorized incontinence é um termo, definido como a perda involuntária de urina e que segundo os sinais e sintomas que apresenta não pode ser integrada em nenhum dos tipos de incontinência mencionados anteriormente.

Existem fatores externos ao aparelho urinário que provocam incontinência, como sejam o comprometimento a nível da imobilidade e cognitivo, levando à incontinência urinária funcional, associando-a a deficiências crónicas a nível da função física e/ou cognitiva. Caracteriza-se por contrações instáveis durante a fase de enchimento da bexiga em conjugação com comprometimento da contractilidade e um ineficaz esvaziamento. O aparecimento deste tipo de incontinência é comum nos idosos.

Uma classificação que orienta a gestão clínica da incontinência urinária, baseada na duração e reversibilidade é a diferenciação entre incontinência urinária transitória e permanente. A incontinência urinária transitória tem um início súbito desaparecendo quando a causa é tratada. Das causas mais comuns destacamos: os estados confusionais agudos, as infeções urinárias, as vaginites, as uretrites, a imobilidade, os fecalomas, os efeitos secundários de medicamentos e doenças médicas que interferem na produção de urina. A incontinência urinária permanente, não é revertida facilmente e é geralmente causada por patologia do aparelho urinário, sistema neurológico ou por comprometimento cognitivo irreversível.

As questões da incontinência crónica intratável, referem-se à incontinência urinária em pessoas com défices cognitivos ou físicos que os tornam incapazes de participar em programas de intervenções comportamentais e não são candidatos para a correção cirúrgica da sua incontinência.

1.4. Os cuidados de enfermagem: da identificação à gestão da continência urinária na pessoa idosa

Os cuidados de enfermagem de continência agregam a identificação, avaliação e gestão da incontinência urinária, incluindo ainda a prevenção, avaliação dos riscos e gestão das complicações secundárias (Doughty, Dorothy & Crestodina, Lea; 2000 em *Urinary and Fecal Incontinence* (2000) que citam *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*). Sendo a função específica da enfermagem ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver, ou lidar positivamente com os problemas reais ou potenciais relacionados com as atividades de vida (Roper – Logan – Tierney, 2000). Estas autoras definem o seu modelo como



sendo constituído por cinco componentes principais, as atividades de vida, duração de vida, continuum dependência/independência, fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade de vida. A individualidade de cada pessoa no desempenho das atividades de vida, a fase em que se encontra no seu ciclo da vida e o seu grau de dependência/independência, são ainda moldados pelos fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais, e político-económicos. Referem que a atividade de vida eliminar, implica muito mais do que os atos físicos da micção e está intimamente relacionada com a atividade de vida mobilizar-se, higiene pessoal e vestir-se. Para que exista continência urinária, para além do normal funcionamento do sistema urinário, a pessoa tem de ser capaz de chegar à sanita, manipular a roupa, sentar-se e levantar-se, utilizar o papel higiénico e lavar as mãos. Roper – Logan – Tierney (2000), mencionam que a individualidade de cada pessoa, pode manifestar-se de diferentes maneiras:

- Na forma como a pessoa executa a atividade de vida
- Na frequência com que a pessoa executa a atividade de vida
- No sítio em que a pessoa executa a atividade de vida
- Quando a pessoa executa a atividade de vida
- Na razão da pessoa executar a atividade de vida de uma determinada maneira
- No que a pessoa sabe sobre a atividade de vida
- No que a pessoa acredita sobre a atividade de vida
- Na atitude da pessoa para com a atividade de vida

Assim, os enfermeiros identificam o padrão individual de vida da pessoa, os problemas reais ou potenciais na atividade de vida eliminar para que possam individualizar os cuidados de enfermagem a cada pessoa.

Também para, Wilson (2003), os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa idosa com incontinência urinária, devem refletir sobre as suas atitudes e crenças sobre esta temática e particularmente nesta população, e analisar com os seus pares os diferentes pontos de vista, o que lhes dará sapiência para o cuidado singular a estas pessoas. Afirma ainda, que os que cuidam de idosos, devem estar cientes das mudanças normais associadas à idade e dos riscos que eles representam para a manutenção da continência. Por seu lado, Moniz (2003) assegura que para os enfermeiros compreenderem o envelhecimento, como um processo dinâmico, tem de ocorrer uma mudança de atitudes em relação às pessoas idosas o que permitirá aos enfermeiros a elaboração de ações específicas e direcionadas a estas pessoas, sendo necessário compreender globalmente todos os aspetos da vida,

que marcam a individualidade da pessoa. Numa sociedade em que a velhice se baseia em critérios de idade, e em que os custos sociais aumentam como consequência do aumento do número de pessoas idosas e da melhoria das condições de assistência, importa revalorizar o papel das pessoas idosas. Isto é um desafio para os enfermeiros, na medida em que a hospitalização representa, particularmente para a pessoa idosa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes fatores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, traduzindo-se num apelo à interação enfermeiro/pessoa.

Para além do referido, um tratamento e gestão eficaz da incontinência urinária dependem de uma correta avaliação global, sendo este um processo contínuo, que compreende numa primeira avaliação: avaliar os sintomas presentes e qual o impacto na qualidade de vida, o tratamento desejado pelo idoso, o abdómen para identificação de massas ou retenção urinária, a existência de obstipação, a existência de infeção urinária, a destreza manual, do meio ambiente para acesso à casa de banho e o registo de micções com recurso a um diário miccional e ainda identificar doenças crónicas que possam exacerbar a incontinência urinária (Doughty, 2006; Hoeman, 2009). Em relação à avaliação da obstipação, Hoeman (2009), refere que as enfermeiras de reabilitação consideram o controlo do intestino como primeira intervenção para as pessoas com incontinência urinária, pelo facto de que uma eliminação intestinal regular é muitas vezes suficiente para aliviar a urgência e a falta do controlo urinário, pois a obstipação por si só é um fator preponderante para a incontinência urinária. Segundo a mesma autora, as estratégias para a recuperação de um funcionamento regular do intestino são a retirada de fecalomas, o aumento da ingestão de líquidos e de fibras e ainda a promoção da mobilidade e do exercício. Além dos anteriores pressupostos, uma avaliação eficaz da incontinência urinária, depende também de uma eficiente comunicação para apurar a capacidade do controlo urinário (Mangnall, 2008; cita o Department of Health, 2000). Ainda para Hoeman, (2000), que cita Urinary Incontinence Guideline (1992), a incontinência urinária é um sintoma e não uma doença, pelo que o objetivo numa primeira avaliação para além da confirmação objetiva da incontinência urinária e da identificação de fatores que contribuam ou resultem dela, também deve ser realizada a identificação de pessoas que possam beneficiar de avaliações posteriores ou possam iniciar o tratamento.



Abordando a temática da incontinência urinária, na perspetiva dos enfermeiros de cuidados gerais, os cuidados de avaliação e gestão de continência urinária baseiam-se nos pressupostos anteriores e na compreensão da fisiologia normal da micção e alterações comuns do funcionamento da bexiga. Estes são portadores de competências para a identificação da incontinência urinária, dos riscos da incontinência urinária e respetiva gestão incluindo história relevante, exame físico, registo dos episódios de incontinência, identificação de complicações secundárias como a infeção, retenção, lesões da pele e distúrbios neurológicos (Doughty, 2006). Estes enfermeiros devem ainda estabelecer um plano de cuidados específicos, incluindo dieta, líquidos ingeridos, reeducação da bexiga, estabelecer um horário de micção, programas de micção imediata, reeducação dos músculos pélvicos, gestão da cateterização, gestão da algaliação intermitente, recomendações sobre dispositivos de contenção da urina e respetivos cuidados à pele, formação da pessoa com incontinência e dos cuidadores e ainda identificar situações que necessitem de intervenções a nível farmacológico e/ou cirúrgico e fazer o respetivo encaminhamento (Doughty, 2006; Booth J. (2009). Para além das medidas anteriores, a construção de um diário miccional, é indispensável para um registo de dados precisos sobre os hábitos miccionais, tipos de líquidos ingeridos, e eventos relacionados com a perda de urina involuntária. A elaboração deste diário miccional, é uma ferramenta valiosa para os enfermeiros, para avaliação de fatores reversíveis, e é útil para demonstrar à pessoa eventuais necessidades de mudança no estilo de vida. Os enfermeiros devem também registar a frequência e o volume urinário, quais os produtos de absorção usados pelo idoso e quantificar os mesmos e ainda saber se os produtos de absorção quando são mudados se estão apenas húmidos ou saturados e se existe relacionamento entre as perdas de urina com alguma atividade como tossir, rir, espirrar ou se sente uma vontade súbita e urgente para urinar (Hoeman, 2000; Doughty, 2006; Booth J. 2009).

1.5. A particularidade da incontinência urinária transitória nos idosos

A incontinência urinária transitória corresponde a um terço dos casos com incontinência urinária entre a população com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo e representa quase metade dos casos internados no hospital. Durante a colheita de dados, a um idoso com incontinência urinária de aparecimento súbito os enfermeiros devem ter especial atenção, ao despiste de alterações recentes ou eventos que possam causar ou



contribuir para o aparecimento da incontinência. Os idosos estão particularmente propensos ao aparecimento de incontinência urinária transitória, explicado pelas mudanças normais que ocorrem no aparelho urinário resultantes do envelhecimento e ainda à diminuição da mobilidade, da destreza de movimentos e compromissos cognitivos (Rhodan, 2009).

A mesma autora identifica fatores reversíveis ou transitórios, como, a confusão mental, desidratação, dietas ricas em café, bebidas gaseificadas e chocolate, infecção urinária, uretrites, terapêutica sedativa e tranquilizantes, diuréticos, analgésicos narcóticos, depressão, obstipação, entre outras que podem precipitar o aparecimento da incontinência urinária nos idosos, mas que desaparece depois de estes fatores serem tratados.

1.6. Um olhar atento sobre a incontinência urinária funcional nos idosos

A incontinência urinária funcional é definida como uma perda de urina causada por fatores externos ao aparelho urinário e que interferem com a capacidade da pessoa para responder de uma forma socialmente adequada para anular ou atrasar a vontade de urinar.

Na incontinência urinária funcional, a perda de urina está associada à incapacidade da pessoa para realizar programas de reeducação da bexiga ou para levar a cabo as tarefas necessárias para se manter continente, devido a compromissos da função cognitiva ou física, falta de motivação ou pela presença de barreiras arquitetónicas.

Os fatores de risco para o surgimento da incontinência urinária funcional são: o défice cognitivo, a desmotivação, a perda de destreza e de coordenação de movimentos e a presença de barreiras ambientais na deslocação para a casa de banho, associadas às alterações da função vesical que fazem parte do envelhecimento normal.

A avaliação funcional, deve ser realizada aquando da avaliação global no idoso com incontinência urinária, e deve incluir a avaliação da função física, cognitiva, social e meio ambiente, e tem como objetivos a identificação de problemas, encontrar soluções, implementá-las e analisar os progressos da pessoa inserida naquele contexto (Wilson, 2003). Apesar de muitos idosos se manterem ativos, algumas doenças, reduzem a mobilidade, o equilíbrio, a destreza e a habilidade para a continência, entre elas destacamos a artrite, a osteoporose, a fratura da bacia e a doença vascular periférica (Doughty, 2006). Por outro lado, também a terapêutica como os sedativos e os

analgésicos interferem com a capacidade de vigília e mobilidade o que pode levar à incontinência urinária. Igualmente os diuréticos causam polaquiúria e podem potenciar a incontinência urinária, sobretudo nos idosos com instabilidade do detrusor. Por outro lado, os antidepressivos, os anticolinérgicos, os antiparkinsonococ e os bloqueadores dos canais de cálcio predispõem á retenção urinária (Doughty, 2006). Pelo que, é imprescindível a identificação de barreiras e as estratégias fundamentais na gestão da incontinência urinária funcional passam pela implementação de alterações das barreiras ambientais que promovam a continência e programas de ida ao WC com horários programados. Assim exige-se uma avaliação das casas de banho e do seu equipamento, da distância entre os quartos e casa de banho, iluminação dos corredores e das instalações sanitárias, se existem barras de apoio, se existe equipamento a bloquear o acesso aos sanitários e atempadamente oferecer urinóis ou arrastadeiras (Doughty, 2006).

Por outro lado, o uso de produtos de contenção de urina, como fraldas ou pensos são essenciais à gestão da continência urinária, mas não devem interferir com o acesso atempado à casa de banho. Sendo que, as pessoas com compromisso da destreza manual têm igualmente risco de incontinência funcional, causada pela dificuldade em gerir os produtos de continência sem ajuda de terceiros.

Como estratégias para os idosos com incontinência urinária funcional, preconiza-se a instituição de programas de ida à casa de banho para urinar com recurso a horários programados, como sejam o treino vesical, o treino de hábitos e a micção imediata. Estas estratégias implicam lembrar ou assistir a pessoa com incontinência urinária funcional para usar a sanita, urinol ou arrastadeira em horários programados. O uso destas estratégias têm-se mostrado eficazes na incontinência urinária funcional, contudo o seu sucesso pode estar comprometido devido aos prestadores de cuidados, por terem demasiados doentes para cuidar ou devido ao cansaço, à sua formação e tomada de decisão ou ainda por a pessoa idosa apresentar défice cognitivo que não lhe permita participar no programa implementado (Doughty, 2006).

1.7. As intervenções comportamentais como 1.^a opção de tratamento da pessoa idosa com incontinência urinária

Atualmente a incontinência urinária é reconhecida como sendo uma condição reversível, sendo as intervenções comportamentais a primeira opção de tratamento, passando pelo tratamento farmacológico até à cirurgia. Quando necessário o tratamento farmacológico



deve ser usado como complementar às intervenções comportamentais. O tratamento cirúrgico é reservado para as situações cujas intervenções comportamentais falharam ou para as pessoas que são portadoras de problemas específicos não resolúveis de outra forma (Hoeman, 2000; Rhoden, 2009).

A terapia comportamental é um dos maiores avanços na área da continência desenvolvendo intervenções de baixo custo, não invasivo e eficaz. Inclui estratégias como: a educação do idoso e familiares, programas de treino vesical, treino de hábitos, micção imediata e reeducação dos músculos pélvicos. A estas medidas associam-se as medidas de alteração de estilos de vida e ainda o recurso ao reforço positivo ao doente pelos esforços e progressos alcançados. Estas estratégias são recomendadas como primeira linha de tratamento nas pessoas com incontinência urinária de urgência, de esforço ou funcional. As associações de algumas destas estratégias terapêuticas são preconizadas pelos vários autores consultados, consoante o tipo de incontinência urinária diagnosticada, a capacidade de participação do idoso, daqueles que o rodeiam e da equipa de saúde (Newman, D.; Wein A., 2009; Doughty, 2006 e Hoeman (2000). Para o sucesso destas estratégias é imprescindível traçar um plano de cuidados personalizado para o idoso com incontinência urinária, que deve ter em conta além do tipo de incontinência, as causas e os fatores que contribuem para a mesma e o interesse demonstrado pela pessoa na opção do tipo de tratamento (Doughty, 2006).

Assim, o treino vesical, define-se como um programa de eliminação urinária em que os doentes recorrem à distração ou a técnicas de relaxamento para inibirem conscientemente a vontade de urinar, sendo o objetivo, protelar a micção. Este inclui um programa de educação, estabelecimento de um horário para as micções e o reforço positivo. Inicia-se um padrão miccional com horário definido, com intervalos ideais de 2-3 horas, encorajando a progressão para um intervalo maior. Indicado para pessoas sem défices cognitivos para identificar ou comunicar a vontade de urinar (Newman, D.; Wein, A., 2009).

Por seu lado, o treino de hábitos, consiste na definição de um horário planeado para ir à casa de banho, o objetivo é manter os doentes secos desde que urinem a intervalos regulares. Baseia-se em ir ao WC, usar o urinol ou arrastadeira a intervalos regulares de 2-3 horas. Observando o padrão miccional e registando as micções num diário da eliminação vesical, a micção é antecipada e a pessoa consegue reduzir os episódios de incontinência (Hoeman, 2000). Esta estratégia é indicada para pessoas com défice



cognitivo moderado e capaz de cooperar com a ida à casa de banho (Newman, D.; Wein, A., 2009).

Quanto à micção imediata, esta reforça a importância da pessoa permanecer seca. A pessoa é responsável pelas idas á casa de banho e pelos episódios de incontinência. O reforço positivo é dado sempre que a pessoa atinge o objetivo de permanecer seco. Os profissionais têm a função de a intervalos regulares perguntarem á pessoa se tem o vestuário húmido ou seco (Hoeman, 2000). Este programa é mais usado, nas pessoas com graves défices cognitivos, mas que conseguem responder a questões simples e reconhecer a vontade para urinar (Newman, D.; Wein, A., 2009).

Por fim, a reeducação do pavimento pélvico, com o recurso aos exercícios de Kegel, melhoram a resistência da uretra através das contrações ativas do músculo coccígeo, aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas e fortalecem a musculatura peri-uretral e pélvica. A realização destes exercícios exige numa primeira fase a identificação e tomada de consciência correta dos músculos pélvicos pelo doente e o esvaziamento da bexiga deve ser precedido do início dos mesmos. Os exercícios dos músculos pélvicos consistem na contração dos músculos identificados durante dez segundos e em seguida relaxar completamente durante o mesmo tempo. Estes exercícios devem ser repetidos três vezes ao dia durante dez minutos, em qualquer posição e em qualquer lugar (Hoeman, 2000).

SEGUNDA PARTE – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2 - DO PERCURSO DA REVISÃO SISTEMÁTICA AO OBJECTIVO DO ESTUDO

A primeira fase do nosso trabalho consistiu no desenvolvimento de um processo interativo entre a nossa questão inicial de investigação, e o estado da arte no domínio temático em estudo, ou seja a confrontação das nossas interrogações gerais com o estado do conhecimento já produzido neste campo. O resultado desta primeira fase traduziu-se na formulação do tema de investigação, “Cuidados de Enfermagem Promotores da Continência Urinária nos Idosos” e na emergência da seguinte questão de investigação: “Que cuidados de enfermagem promotores da continência urinária são prestados pelos enfermeiros aos idosos internados no hospital, num serviço de medicina?”.

Assim o aprofundamento da primeira fase exigiu a realização de uma revisão sistemática da literatura, que nos possibilitou enquadrar o nosso problema, aumentar e analisar o conhecimento nesta área, tendo como objetivo: Compreender os cuidados de enfermagem promotores da continência urinária prestados pelos enfermeiros aos idosos internados no hospital num serviço de medicina. Esta revisão sistemática consistiu na leitura atenta e crítica de obras de autores de referência nesta área, sob a forma de livro, revistas da especialidade e a pesquisa de artigos científicos na base de dados da EBSCOhost.

Como critérios de inclusão para a pesquisa sistemática definimos: artigos científicos (de abordagem qualitativa ou quantitativa), revisões sistemáticas de literatura e estudos de caso publicados nos últimos 10 anos (2000-2010); com os temas incontinência urinária nos idosos e intervenções de enfermagem aos idosos com incontinência urinária.

Como critérios de exclusão para a pesquisa bibliográfica definimos: artigos que incidam sobre o tratamento farmacológico ou cirúrgico.

Para a obtenção dos artigos científicos consultámos as seguintes bases de dados da EBSCOhost: Cinhal with Full Text; Medline with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane database of Systematic Reviews, Mediclatina e Nursing Reference Center. Para a consulta das bases de dados supracitadas foram introduzidas as seguintes palavras-chaves: “urinary incontinence”, “nursing”, “older people”, e “promoting urinary continence”.

3 - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Para Fortin (1999), a investigação científica é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo, é portanto um método sistemático e rigoroso, que leva à aquisição de novos conhecimentos, pelo desenvolvimento da teoria ou pela sua verificação. É ainda, um método dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos.

Esta etapa consiste portanto na operacionalização do estudo, descrevendo o tipo de estudo, seleção da população e do local, método de colheita e análise de dados.

3.1. Tipo de estudo

Tendo em conta a problemática em estudo e perante a questão de investigação formulada, foi desenvolvido um estudo exploratório-descritivo uma vez que existe pouco conhecimento publicado nesta área temática (cuidados de enfermagem prestados aos idosos com incontinência urinária internados no hospital), e porque se pretende conhecer melhor as características de uma determinada população (Fortin, 1999), neste caso, como os enfermeiros promovem a continência urinária. Também para Hesbeen (2000), “as investigações exploratórias são as que devem permitir analisar, com vista a uma maior compreensão, as situações de cuidados caracterizadas pela interação dos profissionais de cuidados e dos beneficiários dos cuidados”.

A opção por uma abordagem qualitativa parece-nos apropriada, na medida em a questão de investigação, sugere a exploração de uma experiência humana (Fortin,1999), visando conhecer e compreender os cuidados prestados pelos enfermeiros aos idosos com incontinência urinária num serviço de medicina, segundo a sua experiência profissional e no seu contexto de trabalho. Segundo a mesma autora, neste tipo de abordagem, o investigador não se coloca como perito, por se tratar de uma nova relação sujeito-objeto que é marcada pela intersubjetividade. Assim, as pessoas (sujeitos), que participam no estudo, têm ou tiveram a experiência de um fenómeno particular e são dotados de um saber que lhes é reconhecido.



3.2. Seleção dos participantes e do local

A população do nosso estudo, é constituída por dezasseis elementos, que são os enfermeiros de um serviço de internamento de medicina do hospital de doentes agudos onde se desenrola a investigação. Assim, definimos como critérios para selecionar a amostra e garantir a fidelidade do estudo que os participantes fossem enfermeiros no serviço de medicina onde se desenrola o trabalho de investigação, que autorizassem a gravação áudio da entrevista e que assegurassem uma relação íntima com a problemática dos cuidados de enfermagem promotores da continência urinária, fenómeno que o investigador quer descrever e analisar, isto é que reproduzissem o mais fielmente possível a população pela tomada em conta das características conhecidas (Fortin, 1999). Para assegurar o cumprimento deste ultimo critério, conhecendo o investigador a população alvo, pois assume no serviço funções de coordenação do mesmo, procedemos a uma reunião com a Enfermeira Chefe, que validou a seleção dos participantes, tendo como principio “em que medida estas pessoas são suscetíveis de fornecer dados válidos e completos” (Fortin, 1999). Assim, foi definido que a amostra do estudo seria intencional, constituída por enfermeiros com experiência suficiente (considerando pelo menos três anos de desempenho de funções no serviço de medicina) e que como chefes de equipa tivessem um conhecimento aprofundado dos cuidados prestados, susceptível de representar e reproduzir a população alvo nos cuidados prestados aos idosos com incontinência urinária, isto é, que os sujeitos que farão parte da amostra reproduzam o mais fielmente a população (Fortin, 1999). A totalidade de enfermeiros no serviço com estas características perfaz um total de oito.

A amostra do nosso estudo é portanto não probabilística, mas como é defendido por Morse (1991), citado por Fortin (1999), em investigação qualitativa é mais pertinente ter uma amostra não probabilística mas apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja. Estes autores defendem que, o objetivo do estudo fornece informações sobre o tamanho da amostra requerida, sendo que se, o objetivo do estudo for explorar e descrever fenómenos, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado. Ainda e quando o investigador crê que a população e o fenómeno a estudar são mais homogêneos, uma amostra de tamanho reduzido pode ser suficiente. Como já referimos a população de enfermeiros do serviço de medicina é de dezasseis, e o número de participantes no estudo é constituído por seis enfermeiros. No final da realização de seis entrevistas e pela análise dos dados obtidos



foi evidente ter atingido a “saturação” dos dados como é defendida por Fortin, (1999), relativamente ao tamanho da amostra.

Relativamente à caracterização dos participantes no estudo, dois dos entrevistados são do género masculino e quatro do género feminino, a média de idades é de 27,5 anos e a média de tempo de exercício de funções no serviço de medicina é de 4,1 anos.

3.3. Instrumento de colheita de dados

Na escolha do método de colheita de dados tivemos em conta, a metodologia do estudo, o seu objetivo e respetiva questão de investigação e ainda a população em estudo, pelo que a opção recaiu na entrevista que nos pareceu o método mais adequado a este fim.

Para Fortin (1999), a entrevista é um método de recolha de dados adequada a um estudo exploratório-descritivo, que permite ao entrevistador reunir a maior quantidade de informação possível sobre os diversos aspetos do fenómeno que quer estudar. O seu resultado apoia-se no testemunho dos sujeitos, pelo que o investigador tem acesso apenas á informação que o participante fornece, referentes aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. Segundo a mesma autora a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação. Assim sendo, o entrevistador deve estar familiarizado com o conteúdo a abordar, evitar enviesamentos verbais e não-verbais durante a entrevista e criar uma situação interpessoal que motive os sujeitos para a entrevista.

Para Fortin (1996), existem duas abordagens na condução da entrevista ou o participante controla o conteúdo, como na entrevista não estruturada, ou o investigador exerce controlo, como é o caso da entrevista estruturada. Refere ainda, que pode existir uma forma de entrevista, que combina certos aspetos das duas abordagens. Sendo que a nossa opção recaiu neste ultimo ponto, recorrendo a uma entrevista semiestruturada que, como o próprio nome indica, se situa entre as duas classificações anteriores, (Bogdan & Biklen, 1999; Fortin, 1996).

Assim recorreremos à elaboração de um guião de entrevista (Apêndice I), com as grandes linhas dos temas a abordar, dando liberdade de resposta ao entrevistado, contudo algumas das questões abertas foram complementadas com subquestões. Este instrumento de colheita de dados foi validado pelo tutor deste trabalho de investigação,



para que este refletisse além dos conceitos definidos na fase teórica os objetivos do estudo. Para Fortin (1999), a preocupação dos investigadores que utilizam as abordagens qualitativas, relativamente aos conceitos de fidelidade e de validade, passam pela seguinte questão: os dados colhidos pelo investigador refletem a realidade, são exatos? Isto é, o investigador em investigação qualitativa preocupa-se com a qualidade dos seus dados e procede de forma a que estes reflitam o estado atual das experiências humanas. Após a elaboração deste instrumento de colheita de dados, requeremos à direção dos Serviços de Enfermagem, (detentora de uma comissão de ética de investigação) do respetivo hospital autorização para a realização das entrevistas, dando conhecimento do estudo, objetivos e participantes no mesmo, (Apêndice II). Após resposta positiva desta entidade ao pedido supra-citado, iniciamos as entrevistas e a respetiva gravação áudio em suporte magnético, verificando-se constância na modalidade da colheita de dados, sendo seguido o plano estabelecido. No início de cada entrevista, procedeu-se a uma descrição do estudo e do objetivo da entrevista. As entrevistas foram realizadas no gabinete da Enfermeira Chefe, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros com pré-marcação do dia e hora, tiveram uma duração entre trinta a quarenta minutos e decorreram no período entre três de Junho e quinze de Julho de 2011. A autorização para o uso do gabinete foi concedida pela Enfermeira Chefe, permitindo-nos este local tranquilidade para a realização das entrevistas “face a face” e como salienta Fortin (1996), criar um clima de confiança no qual o sujeito se sinta à vontade para responder às questões. Foi assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade do entrevistado e das respetivas respostas. Foi ainda atestado o direito à desistência da gravação áudio da entrevista em qualquer momento da mesma e à não participação no estudo, sem qualquer prejuízo para o mesmo. O consentimento livre e esclarecido de todos os participantes no estudo, foi obtido pelo investigador. Após a transcrição na íntegra das entrevistas áudio, estas foram devolvidas aos participantes, quando necessário foram colocadas questões no sentido da compreensão da afirmação e no final foram devolvidas ao investigador após assinatura e confirmação da validade dos dados nelas contidas.

Foram realizadas seis entrevistas, sendo que a primeira foi realizada com o intuito de servir de entrevista piloto, contudo a mesma foi bem-sucedida e foi incluída no nosso estudo. A transcrição das entrevistas foi efetuada logo após a realização das mesmas, o que correspondeu a um processo moroso, pois a sua transcrição foi efetuada na íntegra com o objetivo de não perdermos dados que fossem relevantes para os resultados do



estudo. Relativamente ao decurso das entrevistas decorreram num ambiente calmo, denotando o investigador atenção por parte dos entrevistados durante as entrevistas, uma postura serena dos mesmos e respostas espontâneas decorrentes da sua experiência como profissionais.

3.4. Tratamento de dados

O método de análise de dados escolhido foi a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Ainda segundo a mesma autora a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos, oscilando entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade e tem como objetivos a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura.

Esta autora propõe como fases da análise do conteúdo, a pré-análise, a exploração do material e por fim o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Correspondendo à fase de pré-análise e após a transcrição integral das entrevistas a partir da gravação áudio, a análise de conteúdo foi iniciada com uma “leitura flutuante” das mesmas, denominada assim pela autora. Cada entrevista foi lida várias vezes para nos assegurarmos da congruência entre a transcrição e o que foi verbalizado durante a mesma. Procedeu-se nesta fase também à codificação das entrevistas, com a atribuição da letra “E” seguida de um número (ex. E1).

Em seguida, procedemos a uma leitura atenta das transcrições de cada entrevista, e foram isolados os segmentos de texto mais significativos, isto é, as unidades de registo, que para Bardin (2009), são as “unidades de significação a codificar” e correspondem ao “segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização”.

A próxima etapa correspondeu à definição das unidades de contexto, que para Bardin (2009) “servem de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo”. Este processo de interpretação dos segmentos de texto foi repetido em todas as entrevistas várias vezes com o objetivo de uniformizar as unidades de contexto provisórias e procurar novas unidades de significação. Por fim e através de



um processo de comparação das várias entrevistas e tendo em atenção a análise das unidades de registo e das unidades de contexto procedeu-se ao processo de categorização. Segundo Bardin (2009), este processo é uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género com os critérios previamente definidos”.

Para a categorização empregamos o processo de “não fornecimento de categorias”, que resulta numa “classificação analógica e progressiva dos elementos”, Bardin (2009).

Ainda segundo a mesma autora o conjunto das categorias deve possuir como qualidades a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a fidelidade e a produtividade. A autora denomina este processo por “acervo”, em que a categoria só é definida no final da operação. A categorização efetuada no nosso trabalho corresponde a uma definição à *posteriori*. Ao longo deste processo, identificaram-se as subcategorias, categorias e áreas temáticas, envolvendo todo o *corpus* resultante das seis entrevistas analisadas.

Todo este processo foi muito moroso devido à dificuldade e inexperiência da investigadora na análise de conteúdo. Este processo foi reformulado várias vezes, e consideramos apresentar os resultados com rigor resultante duma análise aprofundada dos dados que se guiou pela objetividade e confronto com a evidência científica.

Este processo de organização que nos levou à construção de uma grelha síntese de análise dos dados de todas as entrevistas (Apêndice III), teve por base uma abordagem indutiva, isto é tomamos como ponto de partida os dados, construimos a partir deles as categorias e a partir destas a teoria, e tentamos construir uma compreensão dos fenómenos investigados. Esta abordagem exigiu uma leitura exaustiva das entrevistas para definirmos o que era essencial, em função do nosso objetivo de estudo e a questão de investigação.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação constituem o capítulo seguinte. Para Bardin (2009), os resultados obtidos em bruto são tratados de maneira a serem significativos, “falantes” e válidos. Assim, neste capítulo não procuraremos limitarmo-nos à descrição dos dados, e tentaremos atingir uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens através da inferência e interpretação.

TERCEIRA PARTE – OS DADOS DAS ENTREVISTAS

4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e discussão dos dados são apresentadas de acordo com os temas e categorias, que surgiram mediante a informação recolhida a partir das entrevistas. A análise dos dados será efetuada com recurso à transcrição de estratos das entrevistas, para validarmos e fundamentarmos o enquadramento efetuado nas respetivas categorias e subcategorias.

Assim, a partir da análise da informação das entrevistas realizadas foi possível responder à questão de investigação, tendo sido identificados três temas: o enfermeiro baseia a sua avaliação e decisão na observação e na informação fornecida pelo doente; o enfermeiro desenvolve estratégias de intervenção com vista à obtenção de resultados e o enfermeiro identifica fatores que influenciam os cuidados promotores da continência urinária relacionados com o enfermeiro, com a pessoa idosa e com o contexto.

A promoção da continência urinária, concorre para aquilo que Pender (1982, 1993, 1996), citado por Potter, P.; Perry, A. (2006), no seu modelo de formação da saúde define como “um estado positivo, dinâmico e não apenas como a ausência de doença”. A promoção da saúde é assim direcionada para a melhoria do nível de bem-estar do doente”. Neste modelo, Pender (1996), descreve “a natureza multidimensional das pessoas, enquanto interativas no seu ambiente, perseguindo o objetivo da saúde”. Para o enfermeiro o bem-estar e a promoção da saúde, são um desígnio fundamental sendo o cuidar “a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde” (Hesbeen, 1997). Para atingir este fim, o enfermeiro apoia-se no processo de enfermagem que lhe permite organizar e prestar cuidados de enfermagem de um modo eficiente (Potter, P.; Perry A., 2006), o que de acordo com a OE (2003) engloba, a promoção da saúde, a colheita de dados, o planeamento, a execução, a avaliação, a comunicação e as relações interpessoais.

Com este propósito e de acordo com Pearson, A. e Vaughan, B. (1996) e por oposição ao modelo biomédico, os modelos específicos de enfermagem dão uma orientação clara para a estrutura da apreciação da enfermagem, assim como para a identificação dos problemas do doente que determinam ações de enfermagem, para a definição de



objetivos e elaboração do plano de cuidados e para execução e avaliação. Tal como referem Roper, N., Logan, W. e Tierney, A. (2001) os objetivos dos cuidados de enfermagem centram-se no doente, para que este consiga a independência nas atividades de vida ou aceite as dependências que possui. O seu modelo centra-se no comportamento do indivíduo, pelo que o enfermeiro deve ajudar o doente a alcançar a independência o mais rapidamente possível, em oposição ao modelo biomédico que teve e ainda tem influência sobre o exercício da enfermagem, que valoriza “os conhecimentos em ciências físicas e a execução das ações terapêuticas que levam ao diagnóstico ou à cura” e em que “as ações de enfermagem relacionadas com o diagnóstico e tratamento, que muitas vezes se revestem de natureza técnica, são consideradas com frequência de nível superior às que se relacionam com o conforto, a eliminação e a higiene” Pearson, A., Vaughan, B., (1996).

Assim a análise das entrevistas, será exposta de acordo com o processo de enfermagem, centrado nos cuidados de continência à pessoa idosa com incontinência urinária e que agregam a identificação, avaliação e gestão da incontinência urinária, incluindo a prevenção, avaliação dos riscos e gestão das complicações secundárias (Doughty, Dorothy & Crestodina, Lea; em *Urinary and Fecal Incontinence* (2006), citando *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*).

4.1. O enfermeiro baseia a sua avaliação e decisão na observação e na informação fornecida pelo doente

Pela análise das informações prestadas pelos enfermeiros, constatamos que a avaliação sobre a problemática e a decisão sobre as ações a empreender, relativamente à promoção da continência urinária nos idosos em meio hospitalar, é baseada na observação e na informação fornecida pelo doente. A avaliação da Incontinência Urinária pressupõe uma correta interpretação dos dados da apreciação inicial e exige um pensamento crítico (Potter, P.; Perry A., 2006). Estes autores defendem que se o enfermeiro analisar corretamente estes dados, estará numa situação privilegiada de tomar as decisões clínicas necessárias. Por outro lado, na tomada de decisão o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa o que implica uma abordagem sistémica e sistemática, tal como é definido pela OE no Enquadramento Conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2003). A tomada de decisão deve ainda ser consistente com os valores pessoais do enfermeiro, o seu nível de conhecimento, a informação presente e práticas experienciadas por si e deve ser baseada na evidência.



Assim, espera-se que os enfermeiros sejam capazes de tomar decisões adequadas às suas intervenções que decorrem da sua exclusiva iniciativa ou da iniciativa de outros na arte do cuidar.

4.1.1. Observação

No nosso estudo a observação surge referenciada pelos participantes, como forma de fundamentar a identificação e avaliação da incontinência urinária no idoso e ainda como necessária para a tomada de decisão.

Os enfermeiros fazem referência a diferentes níveis de observação: uma primeira observação que, contudo, pode revelar-se muito insuficiente e conduzir até uma avaliação incorreta. A observação num primeiro momento pode induzir, desde logo um caminho *“a primeira avaliação quando vejo uma pessoa com fralda é que ela é incontinente”* (E3), mas tal como diz Rhodan (2009), esta não é suficiente, pois podem existir fatores que levem ao aparecimento súbito de um episódio de incontinência urinária aos quais os enfermeiros devem estar atentos. A mesma enfermeira prossegue *“fazendo uma avaliação posterior (...) começo a questionar se ela necessita de fralda ou não”* (E3).

Uma observação sumária e pouco atenta, também pode induzir o enfermeiro a uma tomada de decisão errónea, quando por exemplo relaciona o local de proveniência do idoso associando-o ao facto deste ser portador de uma fralda, *“(...) se vier de um lar e já vier com fralda (...) começo a partir do princípio que ele já seria incontinente”*(E3).

A necessidade de uma observação contínua e ainda de uma observação atenta e direcionada para objetivos concretos, emerge como uma exigência para uma adequada avaliação da incontinência urinária. A observação contínua é identificada e valorizada: *“(...) é óbvio que muitas vezes conseguimos perceber quando eles conseguem urinar no urinol que a fralda já não faz sentido (...). Mas muitas vezes não é numa primeira avaliação, tem que ser um turno ou dois a seguir”* (E1).

Em consonância Hesbeen, (2003) refere-se à necessidade de mudança frequente do olhar sobre as coisas, para que este possa ser melhorado e ajustado às situações. A observação, tal como refere Phaneuf (2005) deve ser um processo ativo que requer a capacidade de concentração da enfermeira, que engloba a pessoa e o meio ambiente envolvente, com uma atenção continuada e sistematicamente dirigida, primeiro globalmente e em seguida mais aprofundada em relação ao que se passa.

Também é através da observação que os enfermeiros avaliam as características da continência e podem ajuizar sobre o tipo de incontinência urinária do idoso: *“(...) e na*



maioria dos doentes ou têm urgência urinária ou vê-se que é incontinência (...). Não têm qualquer controlo do esfíncter e acabam por urinar” (E6).

Através de uma observação atenta e dirigida, para a capacidade funcional do idoso e da pele por exemplo, o enfermeiro identifica, quer fatores que podem contribuir para a incontinência urinária, quer sinais de que existe um problema nesta área: “ (...) conseguimos perceber através da mobilidade do doente se é continente ou não e pelo estado físico da pele” (E1). Hoeman (2009) refere que o objetivo na primeira avaliação é confirmar a incontinência objetivamente, identificar fatores que contribuam ou resultem dela e identificar pessoas que possam beneficiar de avaliações posteriores ou possam iniciar o tratamento.

Interessante a referência à estratégia de colocação da fralda para a identificação da incontinência urinária, “ às pessoas mais idosas acabo por colocar fralda e acabo por perceber se é incontinente ou não... ver se têm algum controlo ou não (E6)”. Trata-se duma forma de identificação da IU, que não encontra sustentação na literatura científica, pelo contrário, a colocação da fralda pode levar a um aumento do número de episódios de incontinência, pois o idoso vai interpretar esta situação como permissão para urinar na fralda, sendo esta estratégia susceptível de promover a incontinência e não a continência (Wilson 2003).

4.1.2. Informação fornecida pelo doente

A informação transmitida pelo doente idoso aos enfermeiros, é determinante para a identificação e/ou confirmação da incontinência urinária, identificação de sintomatologia e respetivo diagnóstico do tipo de incontinência urinária e para a implementação de estratégias.

A entrevista de colheita de dados, tal como é considerada por Phaneuf (2005), trata de uma comunicação profissional pela qual a enfermeira instaura um processo de observação e questionamento da pessoa cuidada com o objetivo de compreender os seus problemas de saúde e o seu contexto para conseguir planificar cuidados apropriados.

Para os enfermeiros a informação fornecida pelos idosos no momento da admissão, através do auto-relato é valorizada e decisiva para a identificação da incontinência urinária: “(...) olhe eu tenho de ter a fralda sou incontinente, não consigo controlar a urina (...)” (E1) e “(...) quando chegam dizem-nos que são incontinentes e acabamos por assumir como tal” (E2).



Relativamente ao internamento no hospital, a AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) disponibiliza diretrizes dirigidas aos idosos hospitalizados em fase aguda, afirmando a necessidade inicial da identificação de presença ou ausência da incontinência urinária no momento da admissão. Por seu lado os enfermeiros identificam a necessidade de um instrumento de colheita de dados, para avaliar a incontinência urinária, referindo usar um na avaliação inicial, contudo, este não é específico para a avaliação da mesma: *“nós quando acolhemos o doente temos aquela folha... das necessidades humanas básicas (...) perguntamos ao doente se urina sozinho, se usa fralda se não usa (...)”* (E2). Para a avaliação da incontinência urinária nos idosos, é recomendado um instrumento de avaliação específico, por exemplo o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), que se encontra validado para português. A falta de avaliação, assim como o uso de instrumentos de avaliação inadequados para a avaliação da incontinência urinária levam a dificuldades em identificar com precisão os diferentes tipos de incontinência urinária vivenciadas pelos idosos e estabelecer um planeamento e intervenção adequados (Booth et al, 2009), citando Martin et al (2006), Wagg et al (2008)., Newman, D.; Wein, A. (2009).

A necessidade do questionamento dirigido à problemática foi igualmente manifesta: *“muitas vezes na colheita de dados eles verbalizam, quando não o verbalizam há o cuidado de ser questionado”*(E5), o que é coerente com os autores que referem que se o enfermeiro não perguntar durante o internamento ao doente se tem problemas urinários ou se é incontinente, esta situação geralmente não é identificada (o estudo de Schultz, Dicky, and Skoner 1997, revela que 42% de 247 doentes internados relataram a incontinência urinária, contudo apenas 10% tinha a sua incontinência urinária documentada em registos no momento de admissão (Booth et al, 2009).

Embora não seja usado um instrumento de avaliação específico, é possível identificar diferentes tipos de incontinência urinária a partir da identificação de sintomas através dum questionamento dirigido à problemática: *“teremos mesmo que perguntar se urina quando faz um esforço, tosse ou ri. Há vários tipos de incontinência”* (E5).

Esta informação permite identificar os tipos de incontinência urinária que afetam os idosos: *“(...) a incontinência de urgência aqui verifica-se bastante. Eles dizem que têm muita vontade no momento e se não colocar a arrastadeira no momento já percebo que não vão aguentar (...).”* (E3); *“(...) quando os doentes fazem um esforço qualquer, é a que mais referem, a outra de urgência, dizem “é agora, é agora, corre”* (E4) e *“tenho muita*



vontade de urinar, mas tem de ser já”...eles próprios verbalizam. (...) “é agora é agora” e é mesmo” (E5).

Esta abordagem baseada na avaliação dos sintomas, é recomendada por Landi et al (2003) e Radley (2004, visto que os fatores de risco e as causas da incontinência urinária estão muitas vezes interligados e podem ser reversíveis (Dingwall, L., & Mclaferty, 2006).

Por outro lado, os enfermeiros através desse questionamento, fazem o levantamento de necessidades, e os cuidados são planeados a partir da informação fornecida por cada doente: *“ abordando um doente, isto num doente que esteja orientado e falando com o doente para quando tiver vontade de urinar ...para que nos possa chamar e aí orientarmos ...ou utilizar o urinol e aí urinar sem ser necessário uma fralda” (E2) ou “(...) se a pessoa for autónoma pergunto ao doente se quer urinar e deixo o urinol ou a arrastadeira”(E3), ou ainda “(...) quando a pessoa refere dor e ardor após a micção, também falar com a equipa médica se existe alguma infeção urinária e tentar colmatar nesse sentido, porque algumas incontinências são derivadas das infeções urinárias” (E5).*

A avaliação através da informação transmitida pelo idoso pode, no entanto, ser insuficiente para os enfermeiros e deve ser complementada pela observação: *“fazendo perguntas ao doente ou observando, porque ele pode estar a dizer que consegue urinar no urinol e pedir uma fralda de proteção e eu verificar que existem algumas perdas, (...)” (E3).*

A função do questionamento é também levar a pessoa a reconhecer a sua problemática (Hesbeen, 2003), pelo que os enfermeiros ao questionarem o idoso, simultaneamente levam o mesmo a reconhecer a sua situação de doença e à autorresponsabilização pelas estratégias implementadas ou a implementar.

Envolver os idosos no seu plano de cuidados, deve ter em conta o interesse demonstrado pela pessoa na opção do tipo de tratamento, pelo que conhecer as estratégias usadas por cada idoso é fundamental (Doughty, 2006). Os enfermeiros valorizam-no, questionando nesse sentido: *“(...) costume perguntar à pessoa (...) o que costumava fazer em casa (...)” (E1), “(...) só faço essa pergunta quando vejo que o doente tem um pouco mais de autonomia e começo a questionar porque é que usa a fralda.” (E3), “(...) quando estamos a dialogar com eles dizem-nos “com algum esforço ou quando estou a subir a escada ou a fazer algum movimento (...) já usam um penso para impedir estas perdas (...)” (E5) e “a maioria das vezes pergunto se usava fralda em casa e a resposta que obtenho é que*



usavam a fralda em casa porque têm sempre perdas e se sentem mais confortáveis... (...)" (E6).

Em síntese podemos afirmar que a avaliação da incontinência urinária e tomada de decisão sobre o planeamento e a implementação de estratégias de intervenção, são baseadas na observação e na informação transmitida pelo idoso, não é usado um instrumento específico para a avaliação da incontinência urinária nos idosos, embora os enfermeiros procurem identificar os diferentes tipos de incontinência urinária a partir da identificação de sintomas e dum questionamento dirigido à problemática. Importa salientar que uma colheita de dados alargada sobre a história pessoal relevante, a sintomatologia, os fatores desencadeantes e a avaliação funcional é preconizado por Basra et al (2007) e Wagg et al (2008) como fundamental. Os resultados encontrados parecem reforçar a ideia, defendida por Agnew R., Booth J. (2009), de que a incontinência urinária continua subavaliada e subtratada nos idosos.

De facto, esta subavaliação da incontinência urinária, contribui para que pessoas que poderiam ser ajudadas a recuperar a continência, continuem a ser rotuladas de incontinentes (Nazarko, 2008) e reflete-se num risco aumentado de quedas, aumento do aparecimento de úlceras de pressão e atraso na cicatrização e ampliam o tempo de internamento (Dingwall, L., & McLafferty, E.; 2006).

4.2. O enfermeiro desenvolve estratégias de intervenção com vista à obtenção de resultados

Na fase de planeamento os enfermeiros fixam objetivos centrados no doente e programam intervenções para os atingir, pelo que são estabelecidas prioridades de acordo com esses objetivos, formulam os resultados esperados e elaboram o plano de cuidados (Potter, P.; Perry A., 2006). Esta tomada de decisão, sempre que possível, deve ser efetuada com a concordância do doente.

4.2.1 O enfermeiro desenvolve estratégias de intervenção relacionadas com a prevenção de complicações da incontinência urinária

Nesta área específica os enfermeiros de cuidados gerais são portadores de competências para a identificação dos riscos da incontinência urinária, registo dos episódios de incontinência, identificação de complicações secundárias como a infeção, retenção, lesões da pele e distúrbios neurológicos (Doughty, 2006).



Os objetivos que emergem, muitas vezes, como prioritários no planeamento de cuidados dirigem-se à prevenção de complicações da incontinência urinária, nomeadamente ao nível da prevenção das lesões da pele e prevenção das infeções urinárias.

4.2.1.1. Prevenção das lesões da pele

Com o objetivo de prevenir as lesões da pele, os enfermeiros referem que planeiam cuidados específicos à pele e utilizam dispositivos ou coletores de urina, evitando assim o contato desta com a pele: “(...) termos atenção se os doentes querem urinar na fralda ou no urinol, por causa das lesões da pele” (E3) ou “(...) assegurar os cuidados cutâneos é muito importante (...)” (E2). Houve também referência à algaliação com este objetivo: “(...) a aplicação de pomadas ou até mesmo de algaliar doentes ou colocar um dispositivo urinário (...)” (E2).

A higiene imediata da pele após um episódio de incontinência urinária e o uso de pomadas como barreira protetora são também medidas recomendadas por Ersser et al (2005). Os idosos desenvolvem maior propensão ao aparecimento de dermatites pela presença de urina por incontinência urinária, sendo que a pele dos idosos, pelo envelhecimento da mesma, está mais sujeita ao seu aparecimento. A pele deve permanecer seca e limpa e reduzir o atrito - estas são medidas essenciais no tratamento e prevenção da dermatite por incontinência (Nazarco, 2007). Este autor acrescenta ainda que a dermatite por incontinência não é uma consequência inevitável da incontinência, pelo contrário, ela pode ser prevenida, pelo que os enfermeiros devem estar atentos aos fatores de risco e planear intervenções apropriadas. Importa referir que no serviço onde se realizou o estudo, existem e são usados regularmente toalhetes húmidos para a higiene ocasional, contudo a sua utilização não foi referida.

O recurso à algaliação também é apresentado neste estudo, como medida para a prevenção das lesões da pele, contudo a algaliação só deve ser implementada quando outras medidas falharem e quando exista estrita necessidade para esse fim (Dingwall, L., & McLafferty, E., 2006, Wilson, 2003).

4.2.1.2. Prevenção das infeções urinárias

A prevenção das infeções urinárias é igualmente identificada como um objetivo em relação ao qual os enfermeiros implementam e desenvolvem ações: “(...) o exercício que eu digo sempre, principalmente às mulheres é para aguentarem um pouco, assim reforça o esfíncter e diminui as infeções urinárias(...)” (E4).



Os exercícios abdomino-pelvicos - exercícios de Kegel, são descritos como benéficos para os idosos, pelo que devem ser incluídos no plano de atividades destes doentes (Swann, 2005); Mangnall, 2008).

Também a alternância de decúbitos e o levante são medidas adotadas para a prevenção das infeções urinárias: *“Os posicionamentos ajudam muito, o levante ainda mais, impede que haja um resíduo, (...) vamos prevenir as infeções urinárias (...)”* (E5) e *“(...) ao fazermos os posicionamentos de 2-3 horas acaba por haver ali uma prevenção a nível dos riscos (...).”* (E6).

Hoje estão comprovados os riscos decorrentes de situações de imobilidade e a mobilização é uma medida que secundariamente pode beneficiar a incontinência urinária (Hoeman, 2000).

A ingestão correta de líquidos é outra das estratégias preventivas das infeções urinárias (Wilson, 2003; Doughty, 2006 e Booth, 2009) e é referenciada pelos enfermeiros como sendo utilizada: *(...) e também o reforço da ingestão hídrica aos doentes”* (E6) e *“(...) muitas vezes o próprio reforço hídrico facilita o aumentar o volume e facilita a micção”* (E5).

Podemos concluir que os enfermeiros valorizam os cuidados com vista à prevenção de algumas complicações da incontinência urinária, contudo existem lacunas ao nível dos cuidados planeados. Neste contexto de trabalho, relativamente aos doentes idosos, os participantes possuem competências para identificar alguns dos riscos da incontinência urinária, e desenvolvem ações no sentido da prevenção de complicações da mesma. Dão visibilidade às ações desenvolvidas na prevenção das lesões da pele e destacam ainda a prevenção das infeções urinárias.

4.2.2. O enfermeiro desenvolve estratégias comportamentais promotoras da continência urinária

Os enfermeiros utilizam algumas estratégias comportamentais promotoras da continência urinária nomeadamente: o estímulo à micção imediata, a educação para a promoção da independência e o uso de absorventes.

Os objetivos dos cuidados de enfermagem centrados no doente e nos resultados esperados, são alterações mensuráveis do estado do doente em resposta aos cuidados de enfermagem, que não devem satisfazer apenas as necessidades imediatas mas, devem apontar para a prevenção e reabilitação (Potter, P.; Perry A., 2006). Este é caso das estratégias comportamentais promotoras da continência urinária que os enfermeiros



devem implementar. Assim, estes profissionais têm um papel primordial na promoção e na manutenção da saúde das pessoas idosas, necessitando estas de cuidados de estimulação e de manutenção das capacidades de que ainda são detentoras, de apoio ao que ainda podem fazer, de modo a prevenirem-se maiores limitações funcionais (Collière, (1989), citada por Moniz, (2003). Assim, os cuidados a prestar pelos enfermeiros à pessoa idosa, na área da incontinência urinária, devem basear-se no estímulo à sua autorresponsabilização e na utilização de estratégias face às perdas e ainda no apoio da organização do seu ambiente. A estas medidas associam-se ainda as medidas de alteração de estilos de vida e o reforço positivo ao doente pelos esforços e progressos alcançados é uma condição de sucesso comprovada (Newman, D., Wein A., 2009; Hoeman, 2000; Doughty, 2006 e Booth, 2009). Especificamente relacionado com o contexto hospitalar, Booth et al (2009), citam Dingwall McLafferty (2006) e mencionam que os níveis de interesse e conhecimento dos enfermeiros relacionados com a promoção da continência urinária são parcos assim como as estratégias implementadas para esse fim. Assim, são necessárias mudanças no olhar desta temática e os enfermeiros devem tomar consciência do impacto da incontinência urinária não tratada nas pessoas idosas, pelo que devem promover a continência e não implementar apenas estratégias de contenção (Dingwall, L., & McLafferty, E., 2006). Os enfermeiros são um recurso importante para as pessoas com incontinência urinária, na medida em que as ajudam a selecionar e a executar técnicas e utilizar produtos, e muitos dos tratamentos da incontinência urinária são do âmbito independente da enfermagem (Marilyn Pires, em Hoeman, 2000).

4.2.2.1. Estimulo à micção imediata

A micção imediata, foi referenciada várias vezes como estratégia desenvolvida pelos participantes, sendo referida pelo mesmo participante mais que uma vez ao longo da entrevista. Quando se implementa a micção imediata, a importância da pessoa permanecer seca é reforçada e o reforço positivo deve ser dado sempre que a pessoa atinge o objetivo de permanecer seco. A pessoa é responsável pelas idas á casa de banho e pelos episódios de incontinência. Os profissionais têm a função de a intervalos regulares, perguntarem à pessoa se tem o vestuário húmido ou seco. Este programa é mais usado, nas pessoas com graves défices cognitivos, mas que conseguem responder a questões simples e reconhecer a vontade de urinar. Neste estudo o uso desta estratégia é largamente implementada para os doentes internados, mesmo sem a referida condição:



“(...) perguntar na altura da volta se tem vontade de urinar (...)” (E3) e “(...) tento incentivar o doente a pedir sempre a arrastadeira ou o urinol(...) e uma coisa que eu acho importante e não faço é o treino vesical (...)” (E6).

Quando possível, isto é, quando um doente beneficie mais do treino vesical e do treino de hábitos estes devem ser eleitos em detrimento da micção imediata: *“(...) acho que até promovemos bastante a continência do doente, nós estamos sempre a questionar se quer fazer na arrastadeira ou no urinol, se estiver sentado muitas vezes levamos o doente a casa de banho” (E3).*

Com efeito, Roe et al, (2011) defendem que os projetos para a promoção da continência urinária nos idosos que incluam programas de esvaziamento da bexiga na casa de banho têm sucesso garantido.

Na micção imediata o sucesso desta intervenção depende dos profissionais e da sua disponibilidade, pelo que o seu uso pode comprometer o sucesso, se os profissionais não estiverem motivados, forem em número insuficiente, dependendo ainda da prioridade atribuída às atividades a desenvolver.

4.2.2.2. Educação para a promoção da independência

O estímulo à promoção da independência do idoso é referenciado por vários participantes. Os enfermeiros valorizam a participação do mesmo e a aposta na independência é uma estratégia adequada ao contexto de trabalho e importante para promover a continuidade da continência após a alta hospitalar: *“(...) mesmo que tenha fralda use como cueca e peça arrastadeira, sempre estimulando que sejam o mais independentes possível(...)” (E4) e “(...) temos sempre que estimular e tornar os doentes o mais independentes possível. (...) estimular para que a incontinência seja a menor possível(...)” (E4).*

Considerar o doente parceiro ativo e corresponsável no processo de atenção à sua saúde, contribui decisivamente para a sua autonomia pelo que os profissionais devem instruir o idoso ao desenvolvimento desta competência uma vez que as necessidades de saúde sofrem modificações contínuas.

Este processo educativo depende grandemente, em termos de sucesso na sua continuidade e persistência: *“(...) é a continuidade dos cuidados e fazer o reforço do ensino ao doente, se não for feito esse reforço, muitos doentes acabam por se agarrar ao uso da fralda” (E3) e “principalmente na autonomia, (...) tem que passar muito por nós*



para insistir com eles e mesmo facilitar, quando sentir necessidade chame que a gente colabora e ajuda” (E5).

Contextualizar o autocuidado, desenvolver nas pessoas a sua autoestima e autonomia, envolvendo-as ativamente no seu programa de cuidados, são estratégias importantes: *“Principalmente se o doente for orientado, a gente sempre lhe diz para colaborar e fazer no urinol ou na arrastadeira” (E4)* e *“(…) há uma preocupação em estimular o doente (...) Quando estimulamos o doente a pedir a arrastadeira já estamos a evidenciar que há uma preocupação dos enfermeiros em promover a continência urinária e a prevenir a sua progressão” (E6).*

É fundamental que os enfermeiros explorem, com a pessoa idosa tudo aquilo que elas possam fazer para promover o seu cuidado e alcançar uma melhor qualidade de vida. Por outro lado os idosos devido às limitações decorrentes da doença experienciam sentimentos de desalento e desesperança, pelo que os enfermeiros devem procurar mostrar que há alternativas, aprendendo a viver com as perdas e a olhar de forma otimista para os ganhos (Costa, 2002). Coffey et al (2007) e Kincade et al (2007) referem que os idosos esperam uma participação ativa no seu programa de cuidados (Agnew, Rona; Booth, Jo, 2009).

Outra estratégia implementada pelos enfermeiros é a intervenção no ambiente, para a promoção da autonomia, o enfermeiro implementa estratégias de acordo com as necessidades do idoso: *“se é um senhor deixamos sempre um urinol pendurado na cama, nas senhoras não, normalmente elas pedem. Nas noites deixamos a arrastadeira perto da cama, junto da senhora, com a cama baixa para que se possa levantar” (E4).* Trata-se de implementar estratégias específicas de acordo com a individualidade da pessoa tendo em atenção o grau de dependência/independência em que a mesma se encontra (Roper, N., Logan, W. e Tierney, A.; 2001).

4.2.2.3. O uso de absorventes

A utilização de absorventes revela alguns aspetos contraditórios, sendo uma estratégia implementada pelos enfermeiros neste contexto de trabalho, contudo, em simultâneo é feito o ensino aos idosos no sentido que estes só devem ser usados para prevenção de pequenas perdas e que a micção deve ser realizada no urinol, arrastadeira ou sanita: *“(…) mesmo tendo vontade, eles começam a ter algumas perdas (...) aí colocamos uma fralda ou penso e referimos que é só para aquelas perdas e sempre que sentir vontade de urinar é no urinol ou na arrastadeira” (E3).*

Pelo contrário na literatura, é referido que o uso das fraldas só deve ser levado a cabo quando foi efetuada uma avaliação exaustiva da situação e se apresenta como último recurso, e que a sua utilização pode levar a um aumento do número de episódios de incontinência, pois o idoso vai interpretar esta situação como permissão para urinar na fralda. Esta situação é válida mesmo quando é dito ao idoso que a fralda é só para prevenir os episódios de incontinência. Esta estratégia é suscetível de promover a incontinência e não a continência (Wilson, 2003).

A colocação da fralda resulta ainda da dificuldade do reconhecimento do idoso do início da micção: “(...) *muitos idosos utilizam uma fralda não só porque não conseguem ter a noção de que vão iniciar uma micção (...)*” (E5) ou a pedido do próprio doente, “(...) *vais proporcionar-lhe tudo o que tens no serviço, fralda ou cueca com penso conforme eles se sintam mais á vontade*” (E4). Esta referência parece estar em consonância com os autores Dingwall & McLafferty, (2006), que nos dizem que apesar de não existir evidência de incontinência urinária, na prática observa-se que são dadas fraldas aos idosos a pedido destes.

O uso de absorventes é justificado face à necessidade de prevenção de complicações ou outras necessidades: “*coloco a fralda para a gestão da incontinência...até porque temos o problema da integridade cutânea (...) tem a ver com o conforto do doente e para vigiarmos se tem controlo ou não e estimular para medir a diurese*” (E6).

A contenção da incontinência urinária com fraldas ou outros absorventes, é muitas vezes a primeira linha de gestão instituída ao invés do enfermeiro potenciar estratégias comportamentais. E alguns enfermeiros têm esta consciência: “(...) *por vezes acho que é um mau hábito que nós temos se estivermos a dar a volta e o doente naquele momento tiver vontade de urinar nós dizemos faça na fralda que nós vamos mudá-la, mas na próxima vez vai urinar na arrastadeira e isso fica claro para o doente mas não seria o ideal... atitude certa seria logo colocar a arrastadeira, se não ele fica com a ideia que pode fazer sempre na fralda, é um risco neste momento que estamos a colocar (...)*” (E3).

O uso de produtos de contenção de urina são essenciais à gestão da continência, mas estes não devem interferir com o acesso atempado á casa de banho. O uso de fraldas, podem até causar episódios de incontinência por não poderem ser facilmente removidos (Dingwall & McLafferty, 2006).

Curiosamente e contrariando até esta ideia, é de realçar a referência às rotinas como estratégias promotoras da continência: “*é muito engraçado porque os doentes quando*



ficam aqui muito tempo, adaptam-se às nossas rotinas e acabam por urinar aquelas horas... no mínimo mudamos os doentes duas vezes por turno e quando os doentes chamam também e os doentes acabam por se adaptar aquelas horas” (E4), que no entanto é contraditório com o estudo de Wilson, (2003), que afirma que no meio hospitalar, deveria existir um plano individualizado para os idosos em termos de micção e não como é habitual, existir uma rotina ao mesmo tempo para todos.

É reconhecido o resultado positivo do incentivo do doente à continência, promovendo a auto-responsabilização, e envolvendo toda a equipa no mesmo objetivo: “(...) *quando toda uma equipa faz isso durante uma série de turnos seguidos, incentivar o doente quando tem fralda mas chame, o doente acaba por ser incentivado a tal e acaba por resultar”* (E2).

Wilson (2003), aconselha os profissionais do hospital a iniciar a implementação de estratégias em idosos que tenham maior probabilidade de sucesso pois assim acrescerá motivação para a continuidade de cuidados na área da promoção da continência urinária. Os enfermeiros, não referem o registo de episódios de incontinência e de resultados das estratégias implementadas como ação inerente aos cuidados de enfermagem, pois estes são imprescindíveis na continuidade dos cuidados, embora a importância desta continuidade seja referida pelos enfermeiros neste estudo. De facto, o registo de toda a informação relativa à prestação de cuidados a um doente tem como finalidade: facilitar a comunicação entre os prestadores de cuidados, dar continuidade aos cuidados, permite o registo legal e financeiro dos cuidados, é útil na investigação clínica e serve de orientação na melhoria do desempenho profissional e organizacional (Potter, P.; Perry A. (2006), citam a CAMH (Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals) (2000).

Encontrámos diferentes abordagens ao idoso com incontinência urinária, não existindo consenso nas intervenções dos profissionais de enfermagem o que para Dingwall (2006), é interpretado como uma barreira para a promoção da continência urinária. Por outro lado Agnew, Rona; Booth, Jo (2009), referem a necessidade de existirem mais estudos, que ajudem os enfermeiros a tomar decisões sobre intervenções apropriadas em diferentes contextos de cuidados.

Podemos concluir que são implementadas estratégias pelos enfermeiros comportamentais no sentido da promoção da continência urinária, como a micção imediata, muito embora esta seja uma atividade generalizada, sendo que os idosos com capacidade deveriam ser instruídos para programas de reeducação da bexiga, de



estabelecimento de horários e reeducação dos músculos pélvicos. A educação para a independência, requer como intervenção promotora a educação da pessoa idosa, sendo esta estratégia largamente implementada pelos enfermeiros neste estudo. Burgio et al (2003), citado por Dingwall & McLafferty, (2006), no seu estudo verificaram redução na severidade da incontinência urinária, através de estratégias de comportamento como a micção imediata e reeducação da bexiga associada à implementação de alteração nos estilos de vida.

Por seu lado, o recurso à colocação de absorventes emerge como um recurso para a gestão da incontinência e não com vista à promoção da continência, embora as afirmações dos enfermeiros convirjam no sentido destes serem colocados a pedido do doente e/ou para conforto do mesmo e prevenir o desconforto, a vergonha e a angústia deste em urinar na cama. A participação do idoso é solicitada pelos profissionais para que usem os absorventes apenas para prevenção destas situações e que estes devem solicitar sempre a ida à casa de banho ou a arrastadeira para urinar.

Importa referir que todas estas atividades parecem resultar de uma rotina de organização dos cuidados que denota a ausência de um plano de cuidados personalizado, traçado em conjunto com o doente e família e de protocolos da instituição e do serviço. Na literatura encontramos autores que recomendam a realização de estudos longitudinais que abordem a base de evidências para o uso de estratégias comprovadas para a promoção da continência urinária nos diferentes contextos de trabalho, pois há poucas provas quanto à sustentabilidade da eficácia dessas intervenções após o período de vigência dos estudos, Dingwall & McLafferty, (2006), citam o estudo realizado por Roe et al (2007).

4.3. O enfermeiro identifica fatores que influenciam os cuidados promotores da continência urinária

O enfermeiro identifica fatores que influenciam os cuidados promotores da continência urinária: fatores relacionados com o enfermeiro, relacionados com o doente e relacionados com o contexto de trabalho o que é corroborado por vários estudos de que destacamos: Newman, D., Wein, A. (2009); Agnew, R., Booth, J., (2009); Coffey et al (2007); Doughty, D. (2006) e Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006).



4.3.1. Relacionados com o enfermeiro

Foram identificados os seguintes fatores relacionados com o enfermeiro e que influenciam os cuidados promotores da continência urinária: motivação para a problemática, prioridade atribuída ao problema, disponibilidade e organização dos cuidados, percepção do valor atribuído pelo idoso ao problema e conhecimento sobre o tema.

4.3.1.1. Falta de motivação para a problemática

Um dos fatores encontrados no nosso estudo, que influenciam os cuidados promotores da continência urinária, relacionados com o enfermeiro é o défice de motivação destes profissionais para esta problemática, que relacionamos com as suas experiências anteriores, contexto de trabalho/doente idoso (doente idoso internado num serviço de medicina em fase aguda) e a prioridade atribuída pelos profissionais à incontinência urinária, que passa por uma certa rotinização nos cuidados de enfermagem:“(...) *outras barreiras tem também a ver com a motivação profissional...o estar desperto e alerta para estas situações (...)*” (E1), “*acabamos por nos desleixar um pouco, devíamos ser mais céleres, acho que não o fazemos já que o doente está com fralda deixa estar...acho que não é isso mas podíamos ser um bocadinho mais rápidos a ir á chamada da campainha (...)*” (E2) e “*(...) não quero estar a cair nos chavões” do não há tempo” o serviço é complicado mas...às vezes ou por habituação ou por o doente ter uma fralda acaba por ser uma segurança, mas essa segurança é falsa porque acaba por ser uma segurança para nós e não para o doente, (...) e acaba por ser um desleixo da própria equipa de enfermagem*” (E2).

A motivação é um “processo interno que influencia a direção, a persistência e o rigor dos nossos comportamentos dirigidos para um fim” (Phaneuf, 2005). E ainda que a motivação é o que “dá origem à ação, isto é a intenção transforma-se em ação” (Rispaill, 2003). Segundo esta autora a motivação depende de fatores exteriores, (contexto e o ambiente) e fatores interiores (o seu caráter, a sua história, vivências pessoais). Um desequilíbrio entre as “forças de pressão interna e externa, podem levar à desmotivação, por seu lado um equilíbrio estático corresponde a uma certa rotina, sendo que a motivação se caracteriza por um equilíbrio dinâmico”. A procura da motivação passa por uma exploração de si próprio, do conhecimento, do seu potencial, da percepção que o enfermeiro tem de si mesmo e dos outros e ainda o interesse no ambiente que o rodeia, e o que espera dele em termos de recompensas (Rispaill, 2003). Ninguém pode motivar os outros, mas todas



as pessoas podem motivar-se a si mesmas e avançar no sentido do ponto onde pretendem chegar (Hesbeen, 2003).

A motivação dos enfermeiros parece também estar relacionada com a pessoa idosa incontinente, descorando os cuidados centrados na pessoa: “(...) as pessoas não estão despertas...para o facto de que “olhe, aquele doente se calhar tem uma incontinência de urgência e termos de ir agora” e só lá passamos daí a um quarto de hora (...)” (E1) e “(...) não é o facto de evitar ir ao..., é o facto de não estarem despertos para aquela pessoa com incontinência urinária (...) olha aquele senhor tocou a campainha, quer urinar e não vamos logo (...)” (E1).

A condição de ser idoso e ter incontinência urinária pode condicionar a implementação de estratégias na área da prevenção: “(...) *quando percebo que o doente tem ...um problema, tento ao máximo estimular o doente para não progredir na incontinência...para lhe dar alguns conhecimentos, como é que pode prevenir ou não....mas porque a maioria dos doentes são idosos acabo por não fazer uma gestão de cuidados tão fundamentada nesta área*”(E6).

Em oposição na literatura encontramos referências específicas à necessidade de um plano de cuidados personalizados para os idosos com incontinência urinária, que deve ter em conta para além do tipo de incontinência, as causas e os fatores que contribuem para a mesma e o interesse demonstrado pela pessoa na opção do tipo de tratamento (Doughty, 2006; Higa et al 2008; Booth et al (2009).

A associação da velhice a conceitos como doença, morte, dependência, carência e incapacidade é feita também pelos próprios idosos que apresentam preconceitos em relação à sua própria condição. Este tipo de visão está refletido nas atitudes dos profissionais de saúde que trabalham com idosos e no conformismo dos pacientes, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados aos idosos nos hospitais (Diniz 2003). Na cultura ocidental, predominam as imagens negativas sobre o idoso, por seu lado as atitudes dos enfermeiros relativamente ao envelhecimento são o reflexo da sociedade em geral (Moniz, 2003), cita Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

O grau de dependência do idoso, também foi identificado como tendo influência na motivação do enfermeiro para a promoção da continência urinária: “(...) *a não ser que seja um doente totalmente independente, tudo o resto é mais complicado...tem a ver com a motivação do enfermeiro*” (E1).



Identificamos uma relação entre a avaliação da incontinência urinária e a motivação do enfermeiro: *“Não.. não... é incontinência e ponto final... não se vai apurar o porquê da incontinência...qual o tipo de incontinência”* (E1) e *“(...) não faço bem essa distinção (tipos de incontinência urinária), não o faço, sou sincera. (...) era importante para prestar melhores cuidados a cada doente e adaptar as melhores estratégias”* (E6).

Estas afirmações reforçam, pela negativa, Mangnall (2008) que afirma que é necessária uma avaliação completa para determinar a causa da incontinência urinária e implementar um programa de cuidados com uma gestão eficaz, centrado na pessoa.

A motivação do enfermeiro pode influenciar o ensino ao doente idoso, no sentido de lhe transmitir conhecimento sobre a sua situação de doença e de forma personalizada traçarem em conjunto as melhores estratégias para minimizar a incontinência urinária para aquela pessoa: *“Muitas vezes não insistimos muito no ensino, não insistimos em consciencializar os utentes que têm um problema mas, que esse problema pode ser diminuído (...)”* (E5).

Contudo a educação do doente idoso, é parte integrante das intervenções comportamentais, preconizadas por vários autores, fazendo parte do tratamento de primeira linha para os idosos com incontinência urinária (Newman, D., Wein A., 2009; Hoeman, 2000; Doughty, 2006 e Booth, 2009).

Para os profissionais participantes neste estudo, neste contexto de trabalho concreto, a falta de motivação para a temática da incontinência urinária, está relacionada com a rotinização instituída, enquadrada num contexto de trabalho que se caracteriza por um serviço de internamento de doentes idosos em fase aguda, o grau de dependência dos mesmos e tem influência na avaliação da incontinência urinária, na implementação de estratégias e ainda no ensino.

De acordo com Ramos, (2010) *“mais do que compreender o trabalho para o transformar, a psicologia do trabalho renovada procura compreender o trabalhador para que este se transforme a si e ao seu trabalho”*.

4.3.1.2. Não atribuição de prioridade ao problema

Os enfermeiros neste contexto de trabalho centram as suas prioridades de intervenção de acordo com os diagnósticos de admissão, não sendo a incontinência urinária uma dessas prioridades: *“(...) não entra aqui só por incontinência urinária, então por desgraça vamos*



focalizar-nos noutras coisas e não nisso” (E4) e “Por desgraça não... dadas as patologias de um doente idoso (...) não deu entrada no serviço com esse diagnóstico (...)” (E4).

Apenas um dos participantes no estudo refere que a promoção da continência urinária é uma atividade prioritária, que relaciona com o facto de os doentes serem idosos: *“É prioritário principalmente em doentes idosos que depois acabam por desenvolver feridas e irritações cutâneas (...)” (E2).*

Outros participantes na sua organização dos cuidados, referem não ter esta atividade como prioritária existindo outras atividades que consideram prioritárias em seu detrimento: *“Não, não tenho ...na prática do dia-a-dia não tenho... a promoção da continência não é uma prioridade (...)” (E1), “(...) muitas vezes andamos na medicação e o senhor pede o urinol e respondemos já vai(...)” (E1) e ainda, “(...) naquele momento querem urinar na arrastadeira e nós não chegamos a tempo e urinam na fralda (...)” (E3).*

Existe um reconhecimento pelos enfermeiros que outras intervenções que o profissional considera prioritárias, podem não o ser para o idoso: *“É prioritário para nós estarmos a dar a terapêutica, não para o doente (...)” (E3).*

Estas tomadas de decisão exclusivas do enfermeiro sobre as atividades prioritárias, contrariam a boa prática profissional em que o estabelecimento de prioridades é um processo através do qual o enfermeiro e o doente, clarificam os diagnósticos segundo a sua importância, baseados na segurança, vontade e necessidade do doente (Potter, P.; Perry A. (2006). Por outro lado o permanente confronto entre as diferentes prioridades clínicas na prestação de cuidados, encontram-se entre as principais barreiras para a promoção da continência urinária (Dingwall, L., & McLafferty, E.; 2006). Salientar ainda que, a não atribuição de atividade prioritária à continência urinária advém do empenhamento noutras atividades que os enfermeiros consideram prioritárias, pelo que como afirma Costa (2002) que cita Basto (1998), as tarefas relacionadas com a eliminação são pouco valorizadas socialmente e não são reconhecidas como intervenções com caráter científico, sendo relegadas para segundo plano.

Pelos resultados encontrados, concluímos que a problemática da incontinência urinária, não é uma atividade prioritária neste contexto de trabalho para a maioria dos participantes, que relacionamos com facto dos mesmos atribuírem prioridade a outras atividades, nomeadamente as relacionadas com o diagnóstico de admissão do idoso no serviço e outras intervenções que consideram prioritárias como a administração de terapêutica e do não envolvimento do doente na tomada de decisão, porém alguns



reconhecem que as prioridades traçadas pelos profissionais podem não ser coincidentes com as dos idosos.

4.3.1.3. Falta de disponibilidade e organização dos cuidados

Pelos dados obtidos podemos concluir que aliados a outros fatores, as múltiplas atividades que o enfermeiro desenvolve, associadas à falta de tempo disponível são uma barreira na promoção da continência urinária: “(...) *se houvesse tempo para o fazer fazia-se , se não fosse ir á casa de banho, seria a arrastadeira (...)*” (E1), esta afirmação é reforçada por outros participantes “(...) *é a falta de disponibilidade que nós temos muitas vezes, o serviço é confuso, temos muitas coisas para fazer (...)*” (E3), “*sempre que haja tempo as coisas correm bem, mas quando há mil e uma coisas para fazer aí esquece... é pela sobre carga de trabalho*” (E4) e ainda “(...) *a falta de disponibilidade são as grandes barreiras*” (E5).

Wilson (2003), refere que os efeitos da incontinência urinária elevam para níveis muito altos a carga de trabalho dos profissionais no hospital e que estes por vezes sentem que não conseguem dar uma resposta adequada ao problema.

No sentido de melhor lhes dar resposta, os participantes organizam os cuidados em redor da incontinência urinária, em rotinas e não com o objetivo de promover a continência centrada em cada pessoa: “(...) *aquela rotina do pôe fralda e ponto final...é muito mais fácil*” (E1) e outro dos participantes afirma “*as fraldas muitas vezes são colocadas por segurança, (...) é claro que a segurança é nossa e não do próprio doente, (...)*” (E2).

Contudo um dos participantes reconhece que o idoso é detentor de capacidades funcionais próprias, mas porque estamos a abordar a incontinência urinária, estas atividades não são planeadas de forma individual para cada idoso e relacionadas com o tipo de incontinência urinária: “(...) *não é por ser idoso que não consegue fazer...fazemos isto muito no geral e não adequar muito ao doente... à pessoa específica e do tipo de incontinência que tem*”(E6).

Estas práticas são contrariadas pelos resultados de vários estudos que referem a necessidade de um plano de cuidados personalizado para os idosos com incontinência urinária, Doughty, (2006); Higa et al (2008) e Booth et al (2009) e a necessidade dos enfermeiros estarem cientes do impacto da incontinência urinária não tratada nas pessoas idosas e promover estratégias para a continência (Dingwall, L., & Mclafferty, E.; 2000).



Concluimos que os enfermeiros relativamente à disponibilidade e organização dos cuidados relacionados com a temática da incontinência urinária no idoso, pela falta de tempo e pelas múltiplas tarefas que consideram prioritárias, organizam os cuidados em redor da incontinência urinária de forma rotineira e não com o objetivo de promover a continência urinária.

4.3.1.4. Perceção do valor atribuído pelo idoso ao problema

A alteração da autoestima e da autoimagem no idoso devido à presença de incontinência urinária surge no nosso estudo, associada a uma certa ideia de inevitabilidade: “(...) a nível da autoestima e da autoimagem muda bastante a pessoa e a pessoa até se lembra “ ainda há uns meses eu não urinava na fralda, conseguia controlar...agora não” (E3), e continua “(...) sabem perfeitamente que chegam a uma altura que ficam incontinentes mas eles não aceitam isso bem, (...) porque é desconfortável (...)”(E3) estas reflexões são ainda reforçadas pela seguinte afirmação, “(...) eles dizem-te já sou incontinente, mal tusso um bocadinho urino logo para a fralda, (...) cada um o encara á sua forma ou com vergonha ou pudor ou deixa andar(...) “ (E4).

A literatura consultada, vai de encontro aos nossos resultados, pois num estudo de revisão sobre incontinência urinária, Higa et al (2008), referem que o grau de angústia e a dimensão das dificuldades relacionados com a incontinência urinária, não está relacionada unicamente com a idade, mas também com as reações de cada pessoa e como cada individuo percebe a sua incontinência. E que, mesmo o idoso que tem contacto frequente com profissionais de saúde raramente fala da sua incontinência urinária, provavelmente por vergonha e por pensarem que a perda de urina não é um problema de saúde.

A falta de conhecimento por parte do idoso nesta temática da incontinência urinária, também foi identificada neste estudo, refletindo-se na aceitação da incontinência urinária por parte do idoso, não dando lugar ao questionamento: “coloca-se uma fralda e muitas vezes começa a ser uma prática para eles” (E1), acrescentando “(...) e vejo da forma como o dizem uma aceitação natural da situação...pela idade e tudo o resto da forma como eles o dizem (...)” (E1). Outros participantes fazem afirmações no mesmo sentido: “eu, sinceramente acho que muitos idosos, pelo que tenho visto aqui, acabam por encarar a incontinência urinária como algo normal (...) e que vão ter até ao final da sua vida” (E2) e “algumas pessoas encaram isto como normal por comodidade (...)” (E4).



De facto a literatura evidência que os idosos que acreditam que a incontinência urinária é irreversível e decorrente do envelhecimento aceitam melhor os sintomas, apesar de existirem consequências a nível social, psicológicas e relacionadas com a própria saúde, o sucesso das estratégias que usam para minimizar a incontinência urinária também contribui para não revelarem o problema a outros. Outros resultados encontrados na literatura referem que o modo como a sociedade vê as pessoas idosas afeta a percepção que estas têm de si próprias e do envelhecimento (Moniz, (2003) cita Fernandes, (2000). A falta de conhecimento dos idosos também se reflete nas estratégias implementadas: *“a maior parte deles não tem noção que há medidas e estratégias que muitas vezes podem resolver determinadas perdas de urina e podem resolver determinado tipo de incontinência (...)”* (E5) e *“(...) não têm noção que existem estratégias que podem melhorar (...)”* (E5).

Johnson (2001) afirma que os idosos e respetivos cuidadores preferem o uso de fraldas para contenção da urina (Dingwall, L., & Mclaferty, 2006). Este autor justifica a escolha dos idosos com um possível desconhecimento de outras estratégias para tratamento da incontinência urinária.

No entanto nem todos os idosos pensam assim, alguns têm uma atitude proactiva e questionem os enfermeiros acerca da temática da incontinência urinária: *“(...) houve apenas uma vez que um doente me perguntou o que é que podia fazer porque queria tratar a incontinência (...)”* (E2) e *“o que já me perguntaram foi “ eu não usava fralda em casa, porquê é que uso fralda agora?” eu aí fico assim... não usava fralda em casa... então vamos tirar... eu peço desculpa à pessoa e explico, olhe quando o vi com fralda pensei que necessitasse”* (E3).

A literatura refere que ao longo da vida várias transformações vão ocorrendo, as quais podem ser aceites pela pessoa com naturalidade, se esta passar por períodos de adaptação às novas situações e obtiver resultados positivos. Assim a tomada de consciência do idoso que ele é o principal agente da própria saúde é imprescindível (Moniz, 2003) e ainda educa-lo no sentido do questionamento pois daí resultará maior capacidade para a pessoa cuidada e reforça a necessidade de atenção dos profissionais para este tema.

Cada idoso pode reagir de forma diferente ao facto de ser incontinente urinário, o que reforça a importância do enfermeiro em questionar o idoso no sentido de perceber se existem alterações a este nível, educar no sentido que a incontinência urinária não deve



ser aceite como normal e inevitável e ajudar os idosos a ultrapassar os sentimentos de vergonha e angústia instituindo estratégias personalizadas que levem à continência e/ou diminuição do número de episódios de incontinência urinária. Sempre que possível estas estratégias devem resultar de um acordo entre o enfermeiro e o idoso.

4.3.1.5. Conhecimento sobre o tema

O conhecimento é um fator individual, que afeta positivamente ou negativamente a tomada de decisão, sendo a formação inicial identificada por todos os participantes como fator de relevância.

Newman (2005), refere que apesar da crescente informação disponível sobre a incontinência urinária, a formação inicial ministrada aos enfermeiros sobre incontinência, é ainda muito parca. Esta afirmação vai de encontro às afirmações: *“abordei este assunto durante o curso, em determinadas cadeiras mas, acho que não foi um tema a que se tenha dado demasiada relevância e acaba por contribuir para o que os enfermeiros fazem em relação á incontinência urinária”* (E2), *“acaba por não ser algo muito vincado durante o curso. É mais focado como uma necessidade, como algo que existe, algo que ocorre, o que devemos fazer para evitar essa situação e não tanto no sentido de promover a independência (...)”* (E2), *“(...) não tenho muitos conhecimentos sobre isso, no meu curso, falei pouco sobre este tema, só anatomia e fisiologia (...) E4”* e *“foi uma área que foi lecionada no meu curso, anatomia, fisiologia alguns cuidados e pouco mais (...)”* (E5) e *“no meu curso, (...) não falei muito sobre a incontinência urinária (...)”* (E6).

Apenas dois dos participantes revelam uma abordagem alargada sobre o tema incontinência urinária nos idosos durante a sua formação inicial: *“(...) eu tive uma disciplina “enfermagem no idoso com incontinência” é um tema muito abordado lá na escola ...era uma disciplina semestral (...)”* (E1) e *“(...) foi sempre abordado desde o primeiro ano. Foi algo que sempre falamos, a questão da fralda foi algo que sempre me fez confusão aqui no início porque eu estava proibida de falar em fralda e dizia cueca protetora, porque fralda era bastante infantilizada e cueca protetora estaríamos a falar mais de um adulto”* (E3).

Apesar de todas as evidências científicas em sentido contrário no estudo que realizaram Dingwall & MCLaferty (2006) concluíram que alguns enfermeiros aceitam a incontinência urinária como uma consequência do envelhecimento. Mangnall, (2008) diz-nos que a incontinência urinária não deve nunca ser aceite como uma consequência normal do



envelhecimento e que em muitos casos se existir uma avaliação das necessidades individuais a incontinência urinária pode ser curada ou melhorada significativamente e ainda que uma atitude positiva é essencial por parte dos enfermeiros e dos idosos.

Os enfermeiros não parecem reconhecer a possibilidade de cura da incontinência urinária nos idosos com recurso a técnicas comportamentais, os participantes ajuízam no sentido que pode trazer benefícios para alguns se existir motivação para tal, mas por serem pessoas muito idosas e portadoras de outras doenças pode ser um fator de insucesso:“(...) há x casos que são, há outros casos que não... por muita vontade que a pessoa tenha...a pessoa não consegue voltar a ser continente...outros casos não..á medida que a idade vai passando...deixarem-se estar, e o mais simples é urinar na fralda...não é um caso orgânico...é um caso motivacional(...)” (E1) e “(...) em alguns pode-se conseguir, em todos não porque são doentes com múltiplas patologias associadas (...) se fossem pessoas mais novas aí eu acredito (...) podes obter melhores resultados (...). Melhorar sim, (...) se houver um doente motivado e uma equipa interessada (...)” (E4).

Estes resultados revelam falta de conhecimento pois que estudos recentes demonstram que 70% da incontinência urinária em idosos podem ser curadas ou minimizadas com recurso a estratégias conservadoras, como mudanças no estilo de vida e uso de terapias comportamentais, Booth et al (2009), citando Milne, (2008) e Department of Health, (2000). Acrescentando que estas abordagens não invasivas podem ser realizadas pelos enfermeiros de cuidados gerais não especializados na promoção da continência urinária. Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006), citam Henderson & Kashka (2000) e referem que para alguns idosos com incontinência urinária, as atitudes e crenças dos profissionais de enfermagem interferem com a opção de tratamento implementada.

Apenas um dos participantes, crê que o uso das técnicas comportamentais pode resultar na cura para os idosos: “*Eu acho que sim, que se resulta a nível de doentes paraplégicos e sem sensibilidade não vejo porque não há-de resultar com os idosos (...)*” (E2).

Na literatura encontramos autores que partilham desta ideia, que na maioria dos casos a continência pode ser atingida com uma gestão adequada (Wilson, 2003) e Dingwall, L., & McLafferty, E., (2006), e estes últimos referem que setenta por cento das pessoas idosas com IU podem ser curadas ou os seus sintomas de incontinência minimizados, embora noventa por cento desta população não tenha acesso a tratamento especializado.



Contudo foi possível identificar conhecimento dos enfermeiros sobre algumas situações específicas relacionadas com a incontinência urinária, como é o caso da incontinência urinária transitória e a referência às diferenças na incontinência urinária consoante o género. Assim, relativamente à incontinência urinária transitória identificamo-la como uma entidade a ter em conta nos idosos pela sua frequência, importância na identificação e necessidade de implementar estratégias adequadas para que o idoso volte a ser continente: *“se é uma incontinência transitória ou crónica (...) poderão até aqui não ser incontinentes e desenvolverem uma incontinência crónica...em doentes por exemplo com AVC e que inicialmente têm uma incontinência, podem voltar a recuperar alguma sensibilidade e voltar a ser continentemente”* (E2).

A literatura diz-nos que a incontinência urinária transitória corresponde a um terço dos casos com incontinência entre a população com mais de 65 anos de idade, independentemente do sexo e representa quase metade dos casos internados no hospital Rhodan (2009). Outro autor, Wilson (2003), diz que a causa que leva o idoso a ser internado no hospital e a mudança do seu ambiente são razões suficientes para que este desencadeia uma incontinência transitória.

Outra situação específica encontrada foi o relacionamento da incontinência urinária tendo em conta o género: *“nos homens é geralmente por aumento da próstata que têm dificuldade para urinar. (...) apesar de haver o estímulo e várias estratégias que utilizamos (...) e não urinam (...) acabam por urinar depois de haver um volume muito grande que obriga o esfíncter a um extravasamento”*(E5).

Em consonância também na literatura encontramos referência a fatores relacionados com o género, que afetam a continência urinária. Nos homens o aumento da próstata produz uma obstrução progressiva na eliminação urinária, que evidencia um agravamento dos sintomas como sejam a frequência, urgência e a sensação de esvaziamento incompleto Doughty, (2006). Não encontramos referência às especificidades relacionadas com o género feminino, mas a mesma autora refere que, por outro lado nas mulheres a atrofia urogenital pode causar aumento da frequência urinária, urgência e disuria, podendo contribuir para um comprometimento do esfíncter, podendo estas mulheres sofrer de incontinência urinária de urgência, de esforço ou incontinência urinária mista.

A falta de conhecimento também é reforçada pela referência à necessidade de formação contínua: *“devíamos ter uma formação sobre isso (...)”* (E4), *“a falta de formação é uma*



barreira (...)” (E5) e ainda *“(...) se calhar não temos os conhecimentos abrangentes, mas os gerais sim...mas depois ao adequar a cada doente (...)*” (E6).

A falta de formação e de conhecimento, foram encontrados na literatura consultada como os fatores responsáveis pela não identificação dos sintomas de incontinência urinária e consequentemente de uma avaliação e gestão da continência ineficazes, Agnew R., Booth J., (2009) cita Coffey et al (2007), Dingwall (2008) e Saxer et al (2008). Noutro estudo encontrámos que a falta de conhecimentos sobre vários aspetos relacionados com incontinência urinária, é um dos principais fatores que militam contra a promoção da continência urinária, Dingwall L; Mclaferty E., (2006).

4.3.2. Relacionados com a pessoa idosa

A incontinência urinária não deve nunca ser aceite como normal, nem nos idosos, nem nas pessoas com demência, nem em pessoas institucionalizadas (Newman, 2009). No seu estudo Coffey (2007) encontrou como fatores relacionados com a pessoa idosa para a promoção da continência urinária, a comunicação e a mobilidade.

No nosso estudo como fatores que influenciam os cuidados promotores da continência urinária relacionados com a pessoa idosa identificamos a capacidade de comunicação e a capacidade funcional.

4.3.2.1. Capacidade de comunicação

A capacidade de comunicação é um fator identificado neste estudo com influência nos cuidados promotores da continência urinária ao idoso, nomeadamente relacionado com a capacidade do doente fornecer informação ao enfermeiro: *“em 1-º lugar se o doente está orientado e consciente ele também nos vai dar informações (...)*” (E5) e ainda *“(...) se ele for orientado vai-me conseguir caracterizar se tem sensibilidade para urinar e se tem algumas perdas (...)*” (E3).

Também na literatura consultada encontramos esta abordagem ao facto da capacidade de comunicação poder afetar a promoção da continência urinária, Dingwall, L.; Mclafferty, E., (2006).

Identificámos que os idosos não procuram informação sobre incontinência urinária: *“não eles não me perguntam... não tenho ideia de alguém me ter perguntado ...o que é que posso fazer para controlar a urina (...)*” (E1).



A literatura refere que capacitar os idosos a fazerem perguntas aumentará o conhecimento dos mesmos nas expectativas do tratamento e a enfrentar as atitudes negativas demonstradas por vezes pelos profissionais de saúde (Mangnall, 2008).

Por outro lado identificamos existirem dificuldades na avaliação da incontinência urinária no idoso, quando este apresenta alterações cognitivas e estas se refletem na comunicação: *“nos doentes confusos é mais complicado fazer uma avaliação (...)”* (E2), *“algumas vezes em doentes que estão confusos e prostrados há uma incontinência de esfíncteres (...) é mais difícil fazer uma avaliação (...)”* (E2) e *“se o doente não for colaborante é mais complicado, (...)”* (E4).

A literatura revela no entanto que a avaliação e inclusão destes doentes em programas de continência não devem ser descuradas, pois Sackley et al (2008), num estudo efetuado em lares de idosos com uma média de idades de 86 anos abrangendo residentes com comprometimento cognitivo, concluíram que, estes apresentam resultados benéficos quando incluídos em programas de promoção da continência urinária.

A capacidade de comunicação afeta a avaliação da incontinência urinária e, por consequência vai afetar a implementação de estratégias: *“(...) se for uma incontinência que a pessoa já tenha há imensos anos e a pessoa esteja num estado confusional, (...) se tiverem alguns momentos de lucidez, digo-lhe vou colocar o urinol e a pessoa urina naquela altura, aí sim já acredito mesmo nos casos com dificuldade na mobilidade”* (E3).

Na mesma linha de pensamento outro participante valoriza o estado mental e de consciência do idoso na implementação de estratégias: *“as pessoas que estão mais lúcidas e mais despertas, vamos tentar estabelecer alguns esquemas de ... agora não têm vontade mas vamos tentar ter alguma micção para não ficar tantos períodos de tempo sem urinar... estabelecer alguns horários, coisas que aprendi (...)”* (E5).

4.3.2.2. Capacidade funcional

A capacidade funcional do idoso foi identificada pelos participantes como fator que influencia a promoção da continência urinária, e os enfermeiros relacionam-na diretamente com a incontinência urinária funcional: *“e ir á casa de banho com mobilidade reduzida (...) é um transtorno (...)”* (E1), *“(...) ficam lá na sala do fundo é difícil estabelecer um plano em termos de mobilidade reduzida (...) o esforço acaba por não participar muito na melhoria da incontinência urinária (...)”* (E1) e *“(...) e depois temos os*



doentes muito debilitados a nível físico que não conseguem ir sozinhos à casa de banho (...)” E2.

De encontro a estas afirmações, a incontinência urinária funcional nos idosos, é mencionada por vários autores, Hoeman (2000), Wilson (2003), Rhodan (2009), Hanzaree Z, Steggall MJ (2010), estando a perda de urina associada à incapacidade do idoso para reeducação da bexiga ou para conseguir executar as tarefas necessárias à eliminação, devido a compromissos da função cognitiva ou física, falta de motivação ou barreiras arquitetónicas.

Os enfermeiros relacionam diretamente a idade da pessoa com a sua capacidade funcional, sendo esta identificada como barreira para a promoção da continência urinária: *“(...) a média de idades é de 60 anos para cima, não têm uma mobilidade de atleta (...)*”(E4). Muito embora no âmbito dos cuidados de enfermagem, os cuidados às pessoas idosas tenham como finalidade ajudá-las a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, quaisquer que sejam o seu estado de saúde e a sua idade (Moniz, 2003).

Também a destreza e a coordenação de movimentos foram identificadas como fatores que influenciam a promoção da continência urinária e são importantes para a determinação de estratégias adequadas: *“(...) se conseguir colocar o urinol coloca, senão toca a campainha e nós vamos colocar”* (E5).

Segundo a literatura os fatores de risco para o surgimento da incontinência funcional são: o défice cognitivo, a desmotivação, a perda de destreza e de coordenação de movimentos. Ainda, segundo Doughty, (2006), apesar de muitos idosos se manterem ativos, algumas doenças, reduzem a mobilidade, o equilíbrio, a destreza e a habilidade para a continência e por outro lado, a terapêutica como os sedativos, analgésicos interferem com a capacidade de vigília e mobilidade e podem levar á incontinência urinária.

A mobilidade reduzida parece ter influência nas estratégias a serem implementadas pelos enfermeiros, isto é, os idosos são mais susceptíveis ao uso da fralda, não beneficiando da possibilidade da implementação de técnicas comportamentais para minimização dos efeitos secundários da incontinência urinária: *(...) se for um doente acamado e que tenha alguma mobilidade, ele talvez tenha algumas alturas que consiga urinar no urinol e peça mas algumas vezes isso acaba por ser desvalorizado e achamos que realmente... pelo facto que está acamado e acaba por fazer na fralda”* (E3).



A implementação de estratégias deve ser adequada a cada doente após uma avaliação global e não porque a sua capacidade funcional está afetada, mas para os doentes com maior mobilidade, são traçadas estratégias de ida à casa de banho e de estímulo à continência: *“no doente que tenha alguma mobilidade, aí ele acaba por ser mais estimulado”* (E3) e *“os doentes são motivados a ir á casa de banho, se conseguirem dar alguns passos vão acompanhados (...)”* (E3).

Os resultados no nosso estudo, são coincidentes com os encontrados na literatura em que as estratégias fundamentais na gestão da incontinência urinária funcional são: a implementação de programas de ida ao WC com horários programados e alterações de barreiras ambientais que promovam a continência (Doughty, 2006).

A avaliação funcional nos idosos é imprescindível e tem como objetivo a identificação de problemas, encontrar estratégias adequadas e implementá-las e avaliar os resultados obtidos (Wilson, 2003). A literatura é ainda mais específica e refere que a avaliação funcional deve englobar a avaliação física com recurso a escalas de avaliação (FIM, Índice de Barthel), a avaliação cognitiva com recurso á aplicação da escala Mini-Mental State, a avaliação social pois é imprescindível saber se os idosos vivem sozinhos ou se têm alguém que os possa ajudar a manter a sua ocupação social e por ultimo a importância da avaliação do ambiente em redor de um idoso com a capacidade funcional afetada (Hoeman, 2000) e Wilson, 2003).

A capacidade de comunicação e funcional dos idosos são fatores que interferem diretamente na promoção da continência urinária, neste contexto de trabalho específico, o que vai de encontro a outros estudos encontrados. A capacidade de comunicação interfere no sentido do fornecimento da informação, da interpelação e na procura da informação o que secundariamente influencia a avaliação e estratégias implementadas pelos enfermeiros. Por outro lado a capacidade funcional, associada à idade parece estar diretamente relacionada com as estratégias implementadas pelos enfermeiros.

4.3.3. Relacionados com o contexto

Numa revisão da literatura os autores concluíram que os fatores contextuais devem ser levados em consideração, pois estes são barreiras para os enfermeiros implementarem planos de cuidados de continência, Agnew R., Booth J. (2009), citam Coffey et al,(2007) e Fung et al, (2007).



No nosso estudo identificámos fatores relacionados com: os recursos humanos, a organização do trabalho e barreiras físicas.

4.3.3.1 Recursos humanos

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2006) refere que o conceito de dotações seguras emergiu em resultado das alterações ao sistema de cuidados de saúde em todo o mundo. Menciona também que não há um consenso generalizado na literatura relativamente ao significado das dotações seguras, mas por outro lado a literatura demonstra que existe uma relação entre os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados dos doentes. Acrescenta ainda que os hospitais com níveis seguros de dotações de enfermeiros podem conseguir poupanças financeiras significativas. Para a Ordem dos Enfermeiros (2004), um dos fatores que influenciam a capacidade de um enfermeiro cuidar de um doente são as características do mesmo e número de doentes a quem vai prestar cuidados, intensidade da unidade e dos cuidados, o contexto de trabalho e o nível de perícia do enfermeiro.

Neste estudo foi particularmente relevante as referencias ao número de doentes a quem se prestam cuidados: *“(...) o n.º de doentes que temos por dia (...)”* (E1), *“termos muitos doentes também pode ser uma barreira pela falta de tempo”* (E4), *“(...) logo temos muito maior n.º de doentes para ser levados a urinar (...)”* (E5) e *“o rácio enfermeiro-doente (...)”* (E6).

Um dos participantes identifica o número elevado de doentes e relaciona-o com o contexto de trabalho e situação de doença dos idosos: *“(...) existe uma sobre lotação de doentes e muitas vezes depende da qualidade do doente, mas aqui normalmente é a qualidade e a quantidade”* (E4).

Contudo um dos participantes desvaloriza-o, ao afirmar: *“o n.º elevado de doentes acaba por comprometer a nível do n.º de doentes que temos cada um, ... mas para mim, o n.º de doentes não é uma barreira...talvez para aqueles que não estejam tão despertos para esta necessidade é (...)”* (E5).

Costa (2009), salienta ainda que não deve ser tomado como adquirido que um modo particular de cuidar ou de organizar a prestação de cuidados de enfermagem, tem uma relação inevitável com a qualidade dos mesmos ou com o nível de desempenho profissional, contudo o conhecimento aprofundado e continuado do doente tão importante



na avaliação da incontinência urinária e das estratégias a implementar beneficia com um modelo de organização de trabalho que o facilite.

O método de trabalho foi também identificado como um fator que influencia a promoção da continência urinária: *“(...) e também o facto de trabalharmos com o método individual de trabalho, não o usamos tão... e tentamos trabalhar sempre em equipa (...) e às vezes também a distribuição dos doentes ...um dia estamos com uns doentes e no dia seguinte com outros, (...) no fundo é a continuidade dos cuidados a cada doente”*(E6).

4.3.3.2. Barreiras físicas

Para além dos fatores referidos anteriormente também a presença de barreiras ambientais na deslocação para a casa de banho ou no acesso ao equipamento, associadas às alterações da função vesical que fazem parte do envelhecimento, são identificados pelos participantes que traçam estratégias de acordo com a capacidade funcional do idoso. Assim as barreiras físicas são identificadas neste estudo como fatores que influenciam negativamente a promoção da continência urinária, pois interferem diretamente com a implementação de algumas estratégias: *“O facto de existir só uma casa de banho para cada um dos sexos no serviço (...)”* (E2), *“(...) até ultrapassarmos as macas, as pessoas, os carros de higiene e tudo mais já as pessoas vão urinar na fralda durante o trajeto”* (E3) e ainda *“só temos duas casas de banho (...) as nossas cadeiras não têm capacidade (...) temos sempre muitas macas no corredor (...)”* (E5).

Na literatura encontramos referência aos fatores ambientais relacionados com a capacidade funcional reduzida dos idosos e com a dificuldade destes conseguirem chegar à casa de banho em tempo útil para permanecerem secos (Hoeman, 2000; Wilson, 2003; Rhodan, 2009; Hanzaree, Z.; Steggall, M., 2010). Estes autores aconselham a avaliação do ambiente pela influência que este tem sobre a continência dos idosos; Wilson (2003), e enumera; a altura da cama, os móveis que impedem o acesso à casa de banho, a altura das cadeiras ou a facilidade do idoso se levantar da mesma, a distância até à casa de banho, se existem degraus que impeçam o acesso da cadeira à sanita, a largura da porta, a iluminação e ainda se existem barras de apoio. Relativamente à identificação das barreiras físicas existentes são necessárias estratégias para a sua resolução ou para que estas sejam minimizadas, contudo nem todas estão dentro do âmbito de resolução da equipa de enfermagem, que nos parece poder ter um papel importante na transmissão da insatisfação por estas condições de contexto de trabalho.

5- CONCLUSÃO

No final deste estudo podemos afirmar que segundo a literatura a incidência global da incontinência urinária aumenta progressivamente com a idade e que as projeções demográficas indicam um aumento no número de pessoas idosas, pelo que o número de pessoas idosas com incontinência também aumentará em todo o mundo (Agnew R., Booth J., 2009). Estes autores referem ainda que a promoção da continência urinária é visto por muitos como um dos fundamentos dos cuidados de enfermagem, pois contribui diretamente para o aumento significativo da qualidade de vida e dignidade da pessoa idosa.

O referencial teórico efetuado com base em autores e estudos conceituados, levou-nos ao conhecimento atualizado sobre a problemática da incontinência urinária a nível global, contudo a escassa literatura publicada em Portugal, não nos permite um conhecimento aprofundado sobre este tema no nosso país. O estudo realizado, de carácter exploratório-descritivo com uma abordagem qualitativa, permitiu-nos conhecer e compreender os cuidados de enfermagem promotores da continência urinária prestados aos idosos internados no hospital num serviço de medicina. Para atingir este fim, foram realizadas entrevistas a seis enfermeiros de um serviço de medicina de um hospital central de Lisboa que aceitaram participar no estudo, procurando assim dar resposta à pergunta de investigação “Que cuidados de enfermagem promotores da continência urinária são prestados pelos enfermeiros aos idosos internados no hospital, num serviço de medicina?” Consideramos que os objetivos do estudo foram atingidos, sendo possível dar resposta à pergunta de investigação após a análise dos resultados encontrados a partir das entrevistas.

Assim, pudemos constatar que o enfermeiro baseia a avaliação da incontinência urinária e a sua tomada de decisão sobre as estratégias de intervenção, na observação e na informação transmitida pelos idosos. Foi identificada, por um lado, a necessidade de uma observação inicial que, contudo, pode ser insuficiente, pelo que existe também a necessidade de uma observação continuada, atenta e dirigida a esse objetivo, podendo esta última levar à identificação de fatores adicionais que podem estar a contribuir para a incontinência urinária. Relativamente à informação fornecida pelos doentes é muito valorizada pelos enfermeiros e além de essencial na avaliação da incontinência urinária, é primordial para o levantamento de necessidades, o conhecimento de estratégias usadas



anteriormente pelos idosos, a implementação de cuidados com vista à prevenção de complicações e de intervenções comportamentais.

Neste contexto de trabalho não é usado um instrumento específico de recolha de dados para a avaliação da incontinência urinária nos idosos, o que pode contribuir para os resultados obtidos, pois este facto concorre para a subavaliação da incontinência urinária e leva diretamente ao subtratamento da mesma.

Os enfermeiros possuem competências para identificar alguns dos riscos da incontinência urinária, e desenvolvem ações no sentido da prevenção das suas complicações, nomeadamente a nível da prevenção das lesões da pele e das infeções urinárias. Dão visibilidade às ações desenvolvidas para a prevenção das lesões da pele e destacam ainda a implementação de atividades para a prevenção das infeções urinárias.

Os enfermeiros implementam algumas estratégias comportamentais no sentido da promoção da continência urinária, como a micção imediata, a educação para a promoção da independência e o uso de absorventes. A micção imediata é uma atividade generalizada, muito embora os idosos com capacidade cognitiva devessem ser instruídos para programas de reeducação da bexiga. Por seu lado, a educação para a promoção da independência do idoso desenvolve a sua autoestima, envolvendo-os ativamente no seu programa de cuidados mas exige trabalho em equipa, promovendo a continuidade da continência após a alta hospitalar. O recurso à colocação de absorventes emerge como uma medida para a contenção da incontinência urinária e não com vista à promoção da continência urinária, ainda que as afirmações dos enfermeiros convirjam no sentido destes serem colocados a pedido do idoso e/ou para conforto do mesmo e prevenindo o incómodo, a vergonha e a angústia em urinar na cama. Os profissionais referem a participação do idoso para que usem os absorventes apenas para prevenção destas situações e que devem solicitar sempre a ida à casa de banho ou a arrastadeira para urinar, muito embora, seja aceite que o seu uso não promove a continência urinária. O facto de existirem diferentes abordagens ao idoso com incontinência urinária, pode ser interpretado como uma barreira à implementação de estratégias comportamentais e assinalamos ainda a ausência de um plano de cuidados personalizado traçado em conjunto com o doente.

Quanto aos fatores que influenciam os cuidados promotores da continência urinária, estão relacionados com o enfermeiro, com a pessoa idosa e com o contexto de trabalho. Relativamente ao enfermeiro os factores identificados foram: a falta de motivação para a



problemática, a não atribuição de prioridade à incontinência urinária, a falta de disponibilidade e a organização dos cuidados, a percepção do valor atribuído pelo idoso ao problema e o conhecimento sobre o tema. Num contexto de trabalho que se caracteriza por ser um serviço de internamento de doentes idosos em fase de agudização da sua doença, os cuidados dirigidos à eliminação surgem caracterizados com uma certa rotinização, o que condiciona a sua avaliação, a centralidade dos cuidados em cada pessoa idosa e ainda a sua educação. Relativamente aos fatores relacionados com a pessoa idosa a capacidade de comunicação e a capacidade funcional dos idosos, esta última associada à idade, parecem influenciar diretamente a avaliação da incontinência urinária e a implementação de estratégias na promoção da continência urinária. Finalmente, quanto ao contexto de trabalho foram identificados fatores relacionados com os recursos humanos e a existência de barreiras físicas, que podem contribuir para a não implementação de planos de cuidados de continência e que foram identificados como impedimento para a promoção da continência urinária.

Será pois importante, consciencializar os enfermeiros dos efeitos secundários da incontinência urinária para as pessoas idosas e que a sua presença é um indício de saúde reduzida. A incontinência urinária não é uma consequência inevitável do envelhecimento; existem medidas concretas que a curam e/ou minimizam os seus efeitos secundários. Assim, será importante que os enfermeiros revejam o seu papel na prevenção e tratamento da incontinência urinária, pois contribuirão certamente para a promoção da continência urinária.

Tendo em conta os resultados do nosso estudo, vamos ao encontro da atualidade, onde se discute com muita intensidade dentro da profissão “a necessidade de produção de indicadores que monitorizem a qualidade dos cuidados de enfermagem junto dos cidadãos” (Petronilho, 2009). Segundo o mesmo autor, os indicadores de qualidade de enfermagem indicam a “intencionalidade da ação profissional dos enfermeiros junto dos cidadãos”. Estamos convictos, que o indicador de qualidade, *autocontrolo da incontinência urinária* se traduzirá em ganhos para a saúde dos cidadãos e resulta da prática dos enfermeiros, decorrente da sua tomada de decisão, da sua área autónoma e do processo de cuidados de enfermagem (diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem).

No final realçamos a satisfação e a importância da realização deste estudo, pelo conhecimento adquirido acerca desta problemática no serviço onde o mesmo foi



desenvolvido. Os resultados obtidos são válidos para a população em estudo, contudo não poderão ser extrapolados para outros contextos de trabalho, face às características do estudo.

Assim e concretamente para o serviço de medicina onde se desenvolveu este estudo, propomo-nos o desafio à implementação de um programa de intervenção, na área da promoção da continência urinária dirigido aos idosos, baseado na evidência atual. Segundo, King L, Pilcher M., (2008), o sucesso da implementação deste projeto na prática depende do resultado de três premissas: o contexto em que a mudança é implementada, a evidência e o processo usado para o conseguir. Assim, daremos início à implementação deste programa de intervenção, com a apresentação dos resultados deste estudo, no serviço onde o mesmo decorreu. Esta primeira fase desenrolar-se-á em simultâneo com a estruturação do programa de intervenção. Esta etapa será acompanhada da formação dirigida aos enfermeiros do serviço sobre as áreas identificadas como problemáticas e específicas a implementar, que incluirão a identificação, a avaliação e gestão da incontinência urinária, sendo imprescindível a implementação de um instrumento específico para este fim. O envolvimento de toda a equipa é indispensável, na implementação deste programa, tendo em atenção o facto de ser um programa inovador para o serviço, condição essencial à sua motivação e conseqüente sucesso. A implementação, com sucesso do programa no serviço de medicina, poderá permitir a sua disseminação a outros serviços do hospital.

6 - BIBLIOGRAFIA

Agnew, R., & Booth, J. (2009). Promoting urinary continence with older people: a selective literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 4(1), 58-62.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Quinta edição. Lisboa: Edições 70. 978-972-44-1506-2

Bogdan, R., & Biklen, S. (1999). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Booth, J., Kumlien, S., & Zang, Y. (2009). Promoting urinary continence with older people: key issues for nurses. *International Journal of Older People Nursing*, 4(1), 63-69.

Coffey, A., McCarthy, G., McCormack, B., Wright, J., & Slater, P. (2007). Incontinence: assessment, diagnosis, and management in two rehabilitation units for older people. *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, 4(4), 179-186;

Conselho internacional de enfermeiros, (2006) - Dotações Seguras Salvam Vidas, Instrumentos de informação e acção. Acedido em 16/1/2012, em http://www.ordem_dos_enfermeiros.pt/publicações/Kit_DIE_2006.pdf;

Costa, J. (2009) – Método e Percepção de Cuidar em Enfermagem. Dissertação mestrado, Universidade do Porto, acedido em 3/4/2012 em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/.../2/2645/TM_01_C.pdf;

Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006). Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1276-1286;

Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006). Nurses' perceptions of indwelling urinary catheters in older people. *Nursing Standard*, 21(14-16), 35-42;

Dingwall, L. (2008). Promoting effective continence care for older people: a literature review. *British Journal of Nursing (BJN)*, 17(3), 166;



- Doughty, D. (2006) – Urinary & Fecal Incontinence. Current Management Concepts. Third Edition. St. Louis, Missouri: mosby Elsevier.978-0-323-03135-6;
- Fader, M., Clarke-O'Neill, S., Cook, D., Dean, G., Brooks, R., Cottenden, A., & Malone-Lee, J. (2003). Management of night-time urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 374-386;
- Fortin, M. F. (1999)- O processo de investigação: Da concepção à realização, (2ª ed), Lusociência, Loures;
- Haslam, J. (2004). Nursing management of stress urinary incontinence in women. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13(1), 32;
- Hesbeen, W. (1997)- Cuidar no Hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar, Loures: Lusociência, 972-8383-11-8;
- Hesbeen, W. (2001)- A Reabilitação, Criar novos caminhos, Loures: Lusociência, 972-8383-43-6;
- Hoeman, S. P. (2000)- Enfermagem de Reabilitação- Processos e aplicações. 2ª Edição, Loures: Lusociência, 972-8383-13-4;
- <http://www.apurologia.pt/guidelines/Incont-Urinarria.pdf>, acedido a 3 de Outubro de 2011;
- <http://www.apurologia.pt/pdfs/dossiersaude.pdf>, acedido a 5 de Fevereiro de 2011;
- King, L., & Pilcher, M. (2008). A multidisciplinary approach to improving urinary continence. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 23(8), 42-46;
- Mangnall, J. (2008). A guide to the management of incontinence in older people. *Gastrointestinal Nursing*, 6(5), 36-39;
- Moniz, J. (2003) – A Enfermagem e a Pessoa Idosa, A prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência. 972-8383-49-5;
- Nazarko, L. (2007). Managing a common dermatological problem: incontinence dermatitis. *British Journal Of Community Nursing*, 12(8), 358-363;



- Nazarko, L. (2008). A guide to continence assessment for community nurses. *British Journal Of Community Nursing*, 13(5), 219;
- Newman, D.; Wein, A.(2009) – Managing and treating urinary incontinence. 2nd ed. Baltimore: Health Professions Press. 978-1-932529-21-0;
- Ordem Dos Enfermeiros (2003) Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Autor;
- Ordem dos Enfermeiros (2001) - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos. Lisboa: Autor;
- Pearson, A.; Vaughan, B. (1996) – Modelos para o Exercício de Enfermagem. Lisboa: ACEPS
- Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, 82, pp. 35 – 43.
- Phaneuf, M. (2005) - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação, Loures: Lusociência, 972-8383-84-3;
- Potter, P.; Perry, A. (2006) – Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos. 5-ª Edição. Lusociencia, 978-972-8930-24-0;
- Pratt, R., & Pellowe, C. (2010). Good practice in management of patients with urethral catheters. *Nursing Older People*, 22(8), 25-29;
- Rispail, D. (2003) – Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Lusociência, 972-8383-42-8;
- Rodriguez, N., Sackley, C., & Badger, F. (2007). Exploring the facets of continence care: a continence survey of care homes for older people in Birmingham. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 954-962;
- Rhoden, E. (2009) – Urologia. São Paulo: Artmed Editora. 978-85-363-1947-6
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A.J. (2001). *O modelo de enfermagem Rooper-Logan-Tierney*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi;



- Wilson, L. (2003). Continence and older people: the importance of functional assessment. *Nursing Older People*, 15(4), 22-28;
- Ramos, S. (2010) – Envelhecimento, trabalho e cognição, do laboratório para o terreno na construção de uma alternativa metodológica. Fundação Calouste Gulbenkian, 978-972-31-1310-5;
- Roe, B., Flanagan, L., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., & Williams, K. (2011). Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 228-250. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05481.x
- Sackley, C., Rodriguez, N., M, Badger, F., Wright, C., Besemer, J., & ... Van Wely, L. (2008). A phase II exploratory cluster randomized controlled trial of a group mobility training and staff education intervention to promote urinary continence in UK care homes. *Clinical Rehabilitation*, 22(8), 714-72;
- Serviço de Higiene e Epidemiologia (2008) - Prevalência e Tratamento da Incontinência Urinária na População Portuguesa não Institucionalizada, Faculdade de Medicina do Porto;
- Sorbye, L., Finne-Soveri, H., Ljunggren, G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Jensdottir, A., & Bernabei, R. (2009). Urinary incontinence and use of pads - clinical features and need for help in home care at 11 sites in Europe. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 33-44;
- Switzer, J. (2006). Managing continence in palliative care. *Nursing & Residential Care*, 8(12), 562-564;
- Swann, J. (2005). Simple steps for promoting urinary continence. *Nursing & Residential Care*, 7(10), 464-466.

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de Entrevista

**Apêndice II – Requerimento à Direção dos Serviços de Enfermagem
para aplicação de entrevista aos enfermeiros para realização de um
estudo de investigação**

Apêndice III – Análise dos dados das entrevistas