



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Nathália Alvarenga Martins

**PESSOAS IDOSAS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA:
TRAJETÓRIA DA PROPOSIÇÃO DE UM MODELO DE
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA
EM ENFERMAGEM**

Juiz de Fora
Agosto- 2014

Nathália Alvarenga Martins

**PESSOAS IDOSAS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA:
TRAJETÓRIA DA PROPOSIÇÃO DE UM MODELO DE
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA
EM ENFERMAGEM**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: "Cuidado em Saúde e Enfermagem"

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Arreguy-Sena

Juiz de Fora
Agosto- 2014

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico,
para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Elaborado no Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos na Universidade Federal de Juiz de
Fora.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UFJF

Alvarenga-Martins, Nathália

Pessoas idosas e incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo
de sistematização da assistência especializada em enfermagem

Nathália Alvarenga Martins, 2014.

141p. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Juiz de
Fora, Juiz de Fora, 2014.

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Diagnósticos de Enfermagem. 4.
Incontinência urinária. 5. Cuidados de enfermagem.

Pesquisa desenvolvida no Núcleo de pesquisa "Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem" – TECCSE – UFJF e inserida na linha "Inovações científicas e tecnológicas em saúde e em enfermagem".

Esta pesquisa contou com o apoio de bolsa de monitoria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e da Pró-Reitoria de Pesquisa da UFJF.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (032) 2102-3297 – E-MAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



NATHÁLIA ALVARENGA MARTINS

**PESSOAS IDOSAS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: TRAJETÓRIA DA
PROPOSIÇÃO DE UM MODELO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como um dos requisitos para o título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 18 de Agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena- Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF

Profa Dra. Helena Megumi Sonobe
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP (EERP-USP)

Profa. Dra. Heloísa Campos Paschoalin
Universidade Federal de Juiz de Fora- FACENF

Suplente externa da instituição- Profa. Dra. Silvia Rita Marin da Silva Canini
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP (EERP-USP)

Suplente interna da instituição- Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto
Universidade Federal de Juiz de Fora- FAEFID

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas em processo de envelhecimento, em especial as que enriquecem minha vida com seus ensinamentos e carinhos diários. Que a presente pesquisa contribua para que tenham um envelhecimento ativo.

“O conhecimento nos faz responsáveis.” (Che Guevara)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora e à Faculdade de Enfermagem, responsáveis pela minha formação pessoal e profissional e cenário no qual me apaixonei pela Enfermagem. Ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem, que junto à sua equipe de colaboradores e docentes contribuiu imensamente para a concretização do antigo sonho de preparar-me para docência e pesquisa.

Agradeço às professoras Dra. Cristina Arreguy- Sena, Dra. Helena Megumi Sonobe, Dra. Heloísa Campos Paschoalin, Dra Sílvia Rita Marin da Silva Canini e ao professor Dr. Paulo Ferreira Pinto por aceitarem de prontidão a participar da composição da banca de defesa, oferecendo suas contribuições para enriquecimento o de minha pesquisa.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

De forma especial, agradeço à minha querida e admirada orientadora Cristina Arreguy, por ser uma professora apaixonada pelo que faz e que por isso doa seu tempo e conhecimento com competência e amor. Obrigada por dividir comigo, com tanta humildade, todo o seu saber. Obrigada por me compreender, por respeitar meus limites e por demonstrar-se paciente frente aos meus momentos de ansiedade.

Aos colegas do grupo de pesquisa TECCSE-UFJF, pelas ricas discussões que contribuíram para a realização desta pesquisa e pelo apoio durante todo o processo de coleta de dados. Agradeço ainda ao querido professor Dr. Paulo Ferreira, incentivador de nossas pesquisas dentro da temática do envelhecimento, exemplo de caráter e competência sem por isso deixar de nos alegrar com seu bom humor. E aos queridos, André e Lorraine, filhos dos professores Paulo e Cristina, pela carinhosa acolhida em sua residência durante toda a construção deste trabalho. E por dividirem comigo o precioso tempo da mamãe. Agradeço com imenso amor, ao meu papai e à minha mamãe, meus idosos mais jovens que tanto me inspiram e ensinam a lutar pelos meus sonhos. Às irmãs mais especiais do mundo, Dani e Thaís, pela união, carinho e amparo nos momentos difíceis. Aos meus pequenos sobrinhos, Laura, Nathan, Clarice e Davi, por serem fontes inesgotáveis de alegria.

Ao Wanderson, agradeço pelo amor e dedicação em me fazer feliz. Pelo incentivo diário e por dividir comigo as emoções de cada etapa da construção deste sonho.

Aos meus amigos agradeço primeiramente pela oportunidade de ter vocês em minha vida, e por tornarem as dificuldades menores diante de tantos sorrisos e palavras de incentivo! Em especial, agradeço aos meus eternos companheiros de graduação (Denise, Evê, Felipe Jorge, Jeisi, Ju e Paula Cristina), às meninas da pós graduação em Estomaterapia, aos amigos do 'nosso sonho', ao sexteto 'sabido' e ao JunioR, a Bruna e a Ana Luiza.

Agradeço a todos a compreensão pelos momentos de ausência, em que tive que priorizar o trabalho em detrimento à companhia de vocês.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquemas das principais síndromes geriátricas	13
Figura 2	Esquema ilustrativo dos determinantes do processo do envelhecimento e determinantes da incontinência urinária no processo de envelhecimento.	17
Figura 3	Esquema contendo os componentes utilizados para alicerçar uma assistência especializada a pessoas idosas na perspectiva da abordagem das incontinências urinárias	22
Figura 4	Esquema representativo para paradigmas e conceitos da Teoria de Betty Neuman	31
Figura 5	Esquema da trajetória de abordagens, dos métodos e das técnicas utilizada para operacionalizar a investigação.	39
Figura 6	Esquema explicativo sobre o quantitativo de participantes na etapa <i>Survey</i> .	43
Figura 7	Esquema explicativo sobre o quantitativo de participantes na abordagem qualitativa.	47
Figura 8	Conjunto de imagens construídas para aplicação da TALPDI.	49
Figura 9	Quadro de quatro casas com esquema de características dos valores de frequência, rang e ordem média das palavras evocadas segundo ao sistema hierárquico da representação apreendida	52
Figura 10	Dendogramas explicativos da articulação dos elementos das representações sociais processual em situações da incontinência urinária na perspectiva da autopercepção e de sua representação em pessoas mais novas e mais velhas	76
Figura 11	Instrumento de coleta de dados de pessoas com 65 anos de idade ou mais, abordando a incontinência urinária.	88
Figura 12	Possibilidade de atuação do enfermeiro junto aos níveis de atuação previstos na teoria de Betty Neuman ao abordar pessoas idosas com (in)continência urinária	89
Figura 13	Lista de possíveis diagnósticos de enfermagem segundo NANDA I para pessoas com 65 anos de idade ou mais com (in)continência. Juiz de Fora, Abr/2014	90
Quadro 1	Lista de potenciais intervenções, ações, resultados com seus respectivos indicadores e escala mensurativa ao abordar pessoas com (in)continência e 65 anos de idade ou mais.	92

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Estatística de gênero, faixa etária e estado civil dos participantes	57
Tabela 2	Teste t Simples para correlação entre gênero e estado civil dos participantes	58
Tabela 3	Estatística escolaridade e tempo (em anos) de aposentadoria dos participantes	59
Tabela 4	Distribuição dos 110 participantes segundo profissão e naturalidade	60
Tabela 5	Distribuição dos 110 participantes segundo situação familiar no contexto intergeracional ou familiar.	61
Tabela 6	História urogenital dos 110 participantes segundo gênero	63
Tabela 7	Distribuição dos 110 participantes segundo presença e tipo de doença diagnosticada que possui	65
Tabela 8	Distribuição dos 110 participantes segundo presença e tipo de doença diagnosticada que possui	66
Tabela 9	Distribuição dos 110 participantes para comportamento de fumar e beber	68
Tabela 10	Distribuição da incidência de incontinência urinária entre os 110 participantes segundo escala ICIQ-SF	70
Tabela 11	Distribuição da associação entre variáveis intervenientes e o surgimento de incontinência urinária nos 110 participantes	71
Tabela 12	Escore da escala KHQ-SF e teste t para uma amostra	72
Tabela 13	Correlação entre quantidade estimada de perda de urina e o impacto sobre o cotidiano	74
Tabela 14	Estrutura da representação social do grupo de pessoas com 65 anos de idade ou mais cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TECCSE	Tecnologia, cultura e comunicação em saúde e em Enfermagem
PNI	Política Nacional do Idoso
SUS	Sistema único de Saúde
WCET	<i>World Council Enterostomal Therapists</i>
NANDA I	Nanda Internacional
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nunrsing Outcome Classification
NNN	NANDA I, NIC e NOC
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
ICS	International Continence Society
UAPS	Unidade de Atenção Básica à Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
RS	Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
TALPDI	Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeada por Imagens
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
PE	Processo de Enfermagem
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
QSE	Quadrante Superior Esquerdo
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QID	Quadrante Inferior Direito

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	1
2	INTRODUÇÃO	4
3	REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1	PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	8
3.1.1	Concepção de envelhecimento ativo e bem-sucedido	10
3.2	INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	14
3.3	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	18
3.4	ENFERMEIRO, ESTRATÉGIAS DE PROCESSOS DE TRABALHO, ALICERCES PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO DE PESSOAS NA PERSPECTIVA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	21
4	OBJETIVOS	
4.1	OBJETIVO GERAL	34
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
5	MÉTODOS E TÉCNICAS	
5.1	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA APROXIMAÇÃO E ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES	35
5.2	ABORDAGEM QUANTITATIVA	41
5.2.1	População	42
5.2.2	Instrumento de coleta de dados	43
5.2.3	Processo de coleta de dados	44
5.3	ABORDAGEM QUALITATIVA	46
5.3.1	Sujeitos	46
5.3.2	Instrumento de coleta de dados	47
5.3.3	Processo de coleta de dados	50
5.3.4	Análise dos dados	51
5.3	CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL	55
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	57
6.2	PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E A INCIDÊNCIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIAS	60
6.2.1	Enfrentamento do processo do envelhecimento no cotidiano e vínculos intergeracionais	61

6.2.2	Situações de risco para incontinência urinária	62
6.2.3	Incontinência urinária e qualidade de vida	72
6.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	74
6.4	IMPRESSOS PARA ABORDAGEM DE PESSOAS IDOSAS NA PERSPECTIVA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: SUBSÍDIO PARA ATUAÇÃO DO ESTOMATERAPEUTA	86
6.5	O ENFERMEIRO E O CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS COM POTENCIALIDADES OU INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM VIGOR	110
7	CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
8	REFERÊNCIAS	116
	ANEXOS e APÊNDICES	
	APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	130
	ANEXO 1: ESCALA VISUAL	133
	ANEXO 2:MEEM	134
	ANEXO 3: TCLE	135
	ANEXO 4: PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS	136
	ANEXO 5: TESTE T PARA DOMÍNIOS E ESCALAS ADICIONAIS DA ESCALA KHQ-SF	137

PESSOAS IDOSAS E INCONTINÊNCIA URINÁRIA: TRAJETÓRIA DA PROPOSIÇÃO DE UM MODELO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Nathália Alvarenga Martins
Orientadora: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

RESUMO: Pesquisa delineada em método misto que objetivou analisar a ocorrência de incontinência urinária para pessoas com 65 anos de idade ou mais e compreender suas representações sociais à luz dos determinantes do processo do envelhecimento com vistas à proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada de enfermagem. Realizado em seis microáreas de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que possui modelo de assistência tradicional. Delineamento amostral de seleção completa para a abordagem quantitativa (*survey*, n=110) e para a abordagem qualitativa (Teoria das Representações Sociais com enfoque processual, n= 104 e estrutural, n=102). Participaram pessoas com 65 anos de idade ou mais lúcidas e não acamadas. Realizada abordagem domiciliar com quatro a seis visitas por participante. Dados colhidos em outubro/2013 a Junho/2014. Utilizado: questionário previamente validado; escalas mensurativas para incontinência urinária e qualidade de vida; evocação a partir de imagens, e entrevistas individuais a partir de questões norteadoras. Dados quantitativos consolidados em programa SPSS para análise descritiva e correlacional e qualitativos consolidados em Nvivo com análise de conteúdo e EVOC . Atendidos requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. Participaram 110 pessoas no *survey*, tendo ≥ 65 anos, sendo 62,7% mulheres; idade média 73 (variabilidade 65 a 96 anos); 47,3% casados ou viviam com companheiro; 88,2% tinham menos de 7 anos de estudo; 53,6% tiveram parto vaginal; 76,4% tinham alguma doença cardiovascular; 29,1% tinham DM, 28,2% faziam uso de diurético; 21,8% eram tabagistas; 12,7% consumiam bebida alcoólica; 37,3% tinham incontinência urinária; 73,5% do tipo urgência; 70,7% disseram perder pequena quantidade de urina; 41,1% disseram que a perda de urina afetava sua vida (atividades diárias). A etapa da Representação Social (RS) estrutural contou com 102 pessoas tendo caráter valorativo negativo e o cognema "terrível" de maior frequência e menor ordem média de evocação. Participaram 104 sujeitos na RS processual, havendo diferença na forma de construção da representação embora seu conteúdo tenha sido consensualizado e corroborou a RSEstrutural. Construídos histórico, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem baseados em referências filosóficas (Betty Neuman), taxonômicos (diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, legais (legislação 358/2009) e teóricos (Associação Brasileira de Estomatoterapia e *International Continence Society*) sobre a temática. Os resultados permitiram a elaboração de um diagnóstico situacional de uma região com vulnerabilidades e trouxe evidências sobre o impacto negativo da incontinência sobre a qualidade de vida das pessoas idosas. A relevância da incontinência, enquanto componente das síndromes geriátricas, no contexto investigado permitiu sugerir: 1) sua inclusão ou redimensionamento entre os conteúdos abordados na formação acadêmica de enfermeiros generalistas; 2) redimensionar políticas, programas e ações locais de caráter emergencial quando se prioriza um processo de envelhecimento ativo e 3) a validação do modelo elaborado com avaliação de seu impacto antes e depois de intervenções terapêuticas nas abordagens das incontinências urinárias.

Descritores: Enfermagem. Incontinência urinária. Envelhecimento. Diagnóstico de Enfermagem. Processos de Enfermagem.

OLDER PERSONS AND URINARY INCONTINENCE: TRAJECTORY OF PROPOSAL OF A MODEL OF SYSTEMATIZATION OF SPECIALIZED CARE IN NURSING

Nathália Alvarenga Martins
Orientadora: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

ABSTRACT: Delineated in mixed method research aimed to analyze the occurrence of urinary incontinence for people ≥ 65 years of age and understand their social representations in the light of the determinants of the aging process in order to propose a model for systematization of specialized nursing care. Performed in six micro area a Unit Primary Health Care (UAPS) having traditional care model. Sampling design selection to complete the quantitative approach (survey, $n = 110$) and qualitative approach (Theory of Social Representations procedural approach, $n = 104$ and structural, $n = 102$). The participants were people aged ≥ 65 years of age lucid and not bedridden. Performed household approach with four to six visits per participant. Data collected in the october /2013 until June/2014. Used: previously validated questionnaire; scales for urinary incontinence and quality of life; recall from pictures, and interviews from leading questions. Quantitative data consolidated into SPSS for descriptive and correlational and qualitative analysis in Nvivo consolidated with content analysis and EVOc. Met legal and ethical requirements for research involving humans. 110 people participated in survey, and ≥ 65 years, 62.7% women; mean age 73 (variability 65-96 years); 47.3% were married or living with a partner; 88.2% had less than 7 years of study; 53.6% were delivered vaginally; 76.4% had a cardiovascular disease; 29.1% had DM, 28.2% were taking a diuretic; 21.8% were smokers; 12.7% consumed alcoholic beverage; 37.3% had urinary incontinence; 73.5% of the emergency type; 70.7% said losing small amount of urine; 41.1% said that urine leakage affected your life (daily activities). Step Social Representation (RS) Structural included 102 people with negative evaluative character and the "terrible" cognema higher frequency and lower average order of evocation. 104 subjects participated in the procedural RS, no difference in the form of construction of the representation even though its content has been consensual and corroborated the RS Estrutural. Historic built, diagnoses, nursing interventions and outcomes based on philosophical references (Betty Neuman), taxonomic (diagnosis, nursing interventions and outcomes, legal (law 358/2009) and theoretical (Brazilian Association of Stomatherapy and International Continence Society) on theme the results allowed the development of a situational diagnosis of a region with vulnerabilities and brought evidence on the negative impact of incontinence on quality of life for seniors the relevance of incontinence as a component of geriatric syndromes in the context investigated allowed to suggest: 1) their inclusion or resizing between the content covered in the academic training of general nurses; 2) resize policies, programs and actions of local emergency basis when it prioritizes a process of active aging and 3) validation of the model developed to evaluate their impact before and after therapeutic interventions in the approaches of urinary incontinence.

Descriptors: Nursing. Urinary Incontinence. Aging. Nursing Diagnosis. Nursing Process.

ANCIANOS Y LA INCONTINENCIA URINARIA: CAMINO DE LA PROPUESTA DE UN MODELO DE SISTEMATIZACIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ENFERMERÍA

Nathália Alvarenga Martins
Orientadora: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

RESUMEN: Resumido en investigación método mixto tuvo como objetivo analizar la incidencia de la incontinencia urinaria para las personas ≥ 65 años de edad y entender sus representaciones sociales a la luz de los factores determinantes del proceso de envejecimiento con el fin de proponer un modelo de sistematización de la atención de enfermería especializada. Realizado en seis microáreas una atención sanitaria primaria Unidad (UAP) que tienen modelo de atención tradicional. Muestreo selección del diseño para completar la aproximación cuantitativa (encuesta, $n = 110$) y el enfoque cualitativo (Teoría de las Representaciones Sociales enfoque de procedimiento, $n = 104$ y estructural, $n = 102$). Los participantes fueron personas de ≥ 65 años de edad lúcido y no postrado en cama. Realizado enfoque de los hogares con cuatro a seis visitas por participante. Los datos recogidos en el out/2013 Junio/2014. Utilizado: cuestionario previamente validado; mensurativas escalas para la incontinencia urinaria y la calidad de vida; recordar a partir de imágenes y entrevistas de preguntas capciosas. Los datos cuantitativos consolidados en SPSS para el análisis cualitativo descriptivo y correlacional y consolidado en NVivo con análisis de contenido y EVOC. Requisitos legales y éticos se reunió por la investigación con seres humanos. 110 personas participaron en Levantamiento y ≥ 65 años, 62,7% mujeres; media de edad 73 años (65-96 variabilidad); 47,3% era casado o vive en pareja; 88,2% tenían menos de 7 años de estudio; 53,6% fueron por vía vaginal; 76,4% tenían una enfermedad cardiovascular; 29,1% tenían DM, el 28,2% estaban tomando un diurético; 21,8% eran fumadores; 12,7% consume bebidas alcohólicas; 37,3% tenían incontinencia urinaria; 73,5% del tipo de emergencia; El 70,7% dijo que perder una pequeña cantidad de orina; El 41,1% dijo que la pérdida de orina afectado tu vida (actividades cotidianas). Paso representación social (RS) estructural incluyó 102 personas con carácter negativo evaluativa y la cognema "terrible" la mayor frecuencia y el orden promedio más bajo de la evocación. 104 sujetos participaron en la RS de procedimiento, no hay diferencia en la forma de construcción de la representación a pesar de que su contenido ha sido consensuado y corroborado la RS Estructural. Históricos construidos, diagnósticos, intervenciones de enfermería y los resultados sobre la base de referencias filosóficas (Betty Neuman), taxonómicos (diagnóstico, las intervenciones de enfermería y los resultados, legal (ley 358/2009) y teórica (Asociación Brasileña de estomaterapia y Sociedad Internacional de Continencia) en .. tema los resultados permitieron el desarrollo de un diagnóstico de situación de una región con vulnerabilidades y trajo evidencia sobre el impacto negativo de la incontinencia en la calidad de vida de los ancianos de la pertinencia de la incontinencia como un componente de los síndromes geriátricos en el contexto investigado permitido sugerir: 1) su inclusión o cambio de tamaño entre los contenidos tratados en la formación académica de los enfermeros generales; 2) cambiar el tamaño de las políticas, programas y acciones de base local de emergencias cuando se da prioridad a un proceso de envejecimiento activo y 3) la validación del modelo desarrollado para evaluar su impacto antes y después de las intervenciones terapéuticas en los planteamientos de la incontinencia urinaria.

Descriptores: Enfermería. Incontinencia Urinaria. Envejecimiento. Diagnóstico de Enfermería. Processos de Enfermería.

1 APRESENTAÇÃO

Por considerar que a construção de uma trajetória não pode ser realizada em situações de improviso e irreflexão, busquei na minha trajetória acadêmica razões, motivos, exemplos e oportunidades para o direcionamento de minha formação profissional. Reflexões sobre em que consiste o processo ensino aprendizagem e a identificação das atribuições dos protagonistas desse processo, aguçaram em mim o desejo de encontrar possibilidades que permitissem alternativas de escolhas e oportunidades.

Desde a época em que cursei a disciplina de história da enfermagem, no início do curso de graduação, percebi a necessidade de evitar em minha atuação como acadêmica adotar ações mecanicistas desprovidas de reflexões, sensibilidade e fundamentos. Busquei na investigação, no uso das evidências científicas e nos alicerces comunicacionais e culturais alternativas de percurso teórico/prático para subsidiar minha abordagem na enfermagem junto a pessoas que tive a oportunidade de cuidar e proporcionar opções para que a categoria profissional possa se utilizar de alicerces teóricos, filosóficos e científicos compatíveis e coerentes com a atuação do enfermeiro.

Na busca por uma enfermagem reflexiva, sensível, humana, crítica e capaz de comprovar a efetividade de sua atuação junto aos usuários e a equipe de saúde, busquei nas práticas baseadas em evidências e nas legislações estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) possibilidades profissionais que servissem de referência para a estruturação de minha formação pessoal. Por isto busquei participar do grupo de pesquisa “Tecnologia, cultura e comunicação em saúde e em Enfermagem- TECCSE” desde o sexto período do Curso de graduação em enfermagem.

Nas reuniões quinzenais do grupo tive contato com acadêmicos e pesquisadores de enfermagem e outras áreas que atuavam na realidade brasileira e internacional. Estas oportunidades me permitiram um aprofundamento a respeito da aplicação e do desenvolvimento de uma investigação científica. As discussões sobre temáticas como tecnologia, sistematização da assistência de enfermagem, métodos e técnicas de pesquisa, teorias comunicacionais, culturais e sociais, taxonomias internacionais e processo de envelhecimento demográfico me possibilitaram compreender como o enfermeiro poderia se utilizar destas informações para atuar nas dimensões assistenciais, de ensino, de pesquisa e de gerência do cuidado.

Tive a oportunidade de me inserir em uma investigação na qual foram criados e validados modelos teóricos filosóficos e taxonômicos aplicados a abordagem do enfermeiro no atendimento domiciliar com vistas ao resgate do registro eletrônico do calendário de vacinação na perspectiva de

uma abordagem da família. Tal iniciativa gerou um trabalho de conclusão de curso intitulado “Validação de impressos para imunização segundo Margareth Newman”. Em oportunidade posterior pude vivenciar outra investigação do mesmo perfil junto às pessoas em terapia renal substitutiva do tipo hemodiálise.

O desejo em buscar uma área de atuação na enfermagem que oportunizasse o trabalho autônomo e com rigor científico, motivou a escolha da Incontinência Urinária (IU) em pessoas com mais de 65 anos de idade como objeto de investigação no mestrado e meu empenho em realizar simultaneamente o curso de especialização em Estomaterapia.

As indagações iniciais foram: se a literatura científica afirma que o envelhecimento é um fator de risco para o surgimento da IU qual sua incidência entre pessoas com 65 anos de idade ou mais? Quais as peculiaridades de cuidado que as pessoas com IU e 65 anos de idade ou mais possuem relacionados a IU? Quais representações sociais sobre incontinência urinária? Qual a concepção e percepção que pessoas com mais de 65 anos de idade têm sobre a incontinência urinária em si, em pessoas mais novas e mais velhas? Qual tratamento faz ou fez em nível de prevenção, reabilitação ou cura? Quais as lacunas de cuidados identificadas na abordagem das IU num grupo socialmente delineado de pessoas com 65 anos de idade ou mais? É possível obter evidências para subsidiar a construção de impressos destinados ao registro da coleta de dados/evolução, diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem a partir do perfil de um grupo de pessoas com 65 anos de idade ou mais? Quais as possibilidades terapêuticas de enfermagem para lidar com um grupo de pessoas com 65 anos de idade ou mais que possuem incontinência?

A identificação dos diagnósticos de enfermagem, das demandas de cuidados compatíveis com as necessidades de um grupo de pessoas com 65 anos de idade ou mais e a criação de impressos para nortear o processo de enfermagem (coleta de dados/evolução, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) na perspectiva da abordagem preventiva e reabilitatória das incontinências urinárias mostram-se relevantes enquanto objeto de investigação.

Tal relevância se alicerça pelas estimativas de pessoas idosas prevista nas projeções para 2020 e 2050 na população brasileira, pela carência de enfermeiro nesse campo e pela incontinência urinária possuir impacto sobre o processo de envelhecimento ativo.

A trajetória de aproximação da abordagem de pessoas com 65 anos de idade ou mais e com incontinência urinária com a atuação do estomaterapeuta, constitui numa proposta expandida para a qual a dissertação de mestrado permitirá delinear quatro etapas deste processo.

Num primeiro momento busquei identificar as variáveis e os elementos que me permitisse caracterizar um grupo de pessoas com 65 anos de idade ou mais quanto ao perfil sociodemográfico, ao processo de envelhecimento e a incidência de incontinência urinária.

Num segundo momento busquei conhecer as concepções dos participantes sobre a temática e as representações sociais que fizeram sobre a incontinência a partir do termo indutor “incontinência urinária”.

Num terceiro momento busquei conhecer as diferentes concepções de incontinência enquanto situação autoidentificada ou identificada em outros e conhecer as demandas de cuidados de enfermagem na perspectiva da incontinência urinária que ocorrem com pessoas em processo de envelhecimento com vistas a subsidiar a identificação de conteúdos a serem incluídos nos impressos para nortear a atuação do estomaterapeuta junto a eles.

Num quarto momento busquei nas taxonomias da NANDA Internacional, da *Nursing Intervention Classification* (NIC) e *Nursing Outcome Classification* (NOC) estratégia para uniformizar a linguagem dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem e nos consensos, diretrizes (inter)nacionais sobre a temática um alicerce teórico, conceitual e operacional para subsidiar a construção do coleta de dados, dos diagnósticos, intervenções e dos resultados de enfermagem em consonância com a Resolução 358/2009 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem em todos os ambientes em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem.

2 INTRODUÇÃO

A ocorrência da transição demográfica em diferentes estágios e em várias localidades do mundo possibilita prever um crescimento do envelhecimento populacional, remetendo a temática à discussão mundial em um enfoque multidimensional, pluricultural e cujo impacto possui repercussão sobre a qualidade dos anos vividos^{1; 2; 3}.

No Brasil, a definição da entrada no processo do envelhecimento utiliza a idade cronológica a partir dos 60 anos, fato que é postergado para os 65 anos de idade nos países desenvolvidos. A população brasileira está estimada em 190.723.694 habitantes, sendo a população idosa representada por 11% da população total, 5% dela composta por homens e 6% por mulheres ^{4; 5; 6}.

Reflexões sobre as projeções para os anos de 2025 e 2050 da população com 60 anos de idade têm estimulado a reunião de esforços dos profissionais de saúde, pessoas idosas e seus familiares no sentido de buscarem meios e recursos capazes de favorecer um processo de envelhecimento com redução das incapacidades funcionais^{6; 7; 8}.

A Estomaterapia como uma especialidade da enfermagem responsável pela abordagem das estomias, feridas e incontinências urinária e intestinal, tem importante papel no manejo dos pacientes em processo de envelhecimento^{9; 10}. Isto porque o envelhecimento representa significativo fator de risco para o desenvolvimento de algumas comorbidades (a exemplo as de origem oncológica, metabólicas, vasculogênicas e osteomusculares) que podem ter como conseqüências a confecção de estomas, a necessidade de tratamento de feridas crônicas ou agudas e a reabilitação das incontinências urinária e intestinal^{11; 12; 13; 14}.

Há manifestações de deteriorização muscular, próprias do envelhecimento, que levam à redução da capacidade funcional da pessoa idosa, tendo como origem a perda de massa e força muscular^{2; 13; 15; 16}. Em decorrência a esse enfraquecimento muscular tem-se a redução da mobilidade física e o surgimento da incontinência urinária (IU)^{17; 18}.

A IU se constitui em um alarme para a fragilidade, sendo um fator de redução da autonomia da pessoa idosa¹⁹ e é definida como "queixa de qualquer perda involuntária de urina"²⁰. Estima-se que 15% das pessoas idosas apresentam algum tipo de incontinência, com maior prevalência entre mulheres, aumentando os riscos a cada ano do envelhecer^{18; 21; 22}.

A incontinência urinária gera impactos sociais visto que é comum o portador se privar de atividades de interação com a comunidade, tornando-se até recluso ao lar ou restringindo suas saídas em conseqüência das perdas de urina^{16; 19; 23}, impactos econômicos, tanto para o Estado quanto para a pessoa idosa e familiar, em decorrência dos gastos com dispositivos de continência e

tratamentos de agravos advindos dela, e impactos psicológicos por aumento da fragilidade e consequente redução da autonomia^{1; 24}.

A capacidade funcional, enquanto habilidades físicas e motoras necessárias para uma vida independente ²⁵ possibilita identificar como a pessoa idosa se insere no seu autocuidado, sendo esta uma necessidade para aqueles que envelhecem em ambientes capitalistas com pouco suporte social. Isto porque a urbanização, a mobilização de jovens à procura de trabalho, a presença de famílias menos numerosas, e o fato de as mulheres se inserirem no trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas idosas, quando eles necessitarem^{26; 27; 28}.

O profissional enfermeiro está inserido neste contexto de senilidade populacional, que se configura na busca pela qualidade de vida, na necessidade de domínio dos determinantes do envelhecimento bem como nos fatores intervenientes deste processo, que se inclui a Incontinência Urinária (IU). No âmbito da IU, o enfermeiro é capaz de atuar na prevenção e recuperação, de forma autônoma ou enquanto integrante de uma equipe multiprofissional, com intervenções que permeiam a assistência direta, a educação em saúde e o estímulo a este idoso na busca e manutenção de sua autonomia, possibilitando um envelhecimento bem sucedido^{29; 30; 31; 32; 33}.

O Processo de Enfermagem (PE) vem como uma forma de sistematizar o cuidado, favorecendo uma assistência de qualidade capaz de recuperar e prevenir agravos e promover saúde³⁴. Atualmente o PE ainda se constitui em uma lacuna, encontrando-se uma escassez de trabalhos científicos dentro da realidade brasileira que abordam o PE na assistência ao paciente com incontinência urinária^{35; 36}.

Segundo legislação em vigor³⁷, o PE deve estar alicerçado em um referencial teórico que direcione o olhar do enfermeiro para o objeto de sua atuação sendo capaz de promover uma assistência individualizada e pautada nos preceitos científicos^{34; 37}. Toda teoria tem conceitos e pressupostos que devem servir de subsídio para a tomada de decisão durante a aplicação do PE^{34; 38; 39}.

Uma forma de auxiliar o emprego do PE é o uso de taxonomias como meio de padronização da linguagem do enfermeiro para exprimir o que vê, diagnostica, intervém e avalia⁴⁰. O cuidar em enfermagem exige decisões de intervenções que são fundamentadas na avaliação do estado de saúde/necessidade real ou potencial do paciente⁴¹. A NANDA Internacional (NANDA I) aproxima o enfermeiro do seu paciente possibilitando melhor conhecimento de suas respostas físicas e emocionais, sendo um instrumento de trabalho e uma forma de expressar as necessidades de cuidados identificados^{40; 42}.

Alinhada à taxonomia da NANDA I, tem-se a *Nursing Intervention Classification* (NIC) que consiste em uma lista de possíveis intervenções de enfermagem de âmbito internacional capazes de direcionar a conduta do enfermeiro em sua prática clínica e a *Nursing Outcome Classification* (NOC), que apresenta como um conjunto de critérios e escalas para mensuração do impacto causado pelas intervenções aplicadas^{41: 43}. As três taxonomias, também conhecidas por NNN, se complementam dentro do que se configura o PE, e representam uma tecnologia para otimizar o cuidar.

Pensar uma proposta de cuidado sistematizado para pessoas com 65 anos de idade ou mais, na perspectiva da incontinência urinária, que inclua a construção de modelos de abordagem específicos e que possam ser testados na prática clínica e servirem de norteamto para o cotidiano do enfermeiro equivaleria ao preenchimento de uma lacuna existente na realidade brasileira.

Os alicerces conceituais e as estratégias legais³⁷, capazes de subsidiarem a construção do cuidado do enfermeiro na assistência à pessoa idosa, quando adaptado a abordagem da incontinência urinária, pode ser estruturado em três princípios básicos: 1) manter e aumentar as competências da pessoa idosa a fim de prevenir a dependência e assegurar um envelhecimento saudável; 2) ampliar ações de prevenção, redução de danos e melhorar as medidas de reabilitação a fim de assegurar à pessoa idosa uma vida o mais independente possível, a ponto de inseri-los em programas de reabilitação e 3) prover autocuidado para pessoas idosas com limitação ou dependência a ponto de lhes assegurar qualidade nos anos vividos⁴⁴.

Diante do exposto, o objeto dessa investigação foi a ocorrência de incontinência urinária em pessoas com 65 anos de idade ou mais e compreensão de suas representações sociais à luz dos determinantes do processo do envelhecimento com vistas à proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada de enfermagem.

Sua realização se alicerça nas seguintes argumentações: 1) pela transição demográfica evidenciar uma tendência no aumento de pessoas com 65 anos de vida ou mais para as quais a incidência de incontinência urinária tende a aumentar com os anos de vida; 2) pelas evidências de que o envelhecimento é processual e que as abordagens de prevenção e promoção da saúde devem ser realizadas de forma sistematizada, integrada e articulada com o ciclo da vida; 3) pela prevenção e tratamento da incontinência urinária poder impactar de forma favorável sobre a qualidade de vida, os gastos pessoais e o resgate da autonomia da pessoa idosa; 4) pela atuação laboral baseada em evidências científicas, taxonomias internacionais e referenciais teóricos, filosóficos e conceituais qualificarem a atuação profissional, a ponto de favorecer abordagens que

contemplem as necessidades de intervenções terapêuticas de forma individualizada e 5) pela elaboração de um diagnóstico de um grupo social permitir estabelecer reflexões sobre as possibilidades de atuação do enfermeiro estomaterapeuta junto a pessoas com 65 anos de idade ou mais na perspectiva da abordagem da incontinência urinária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Foram adotados quatro eixos teóricos para sustentar a presente investigação, a saber: 1) o processo de envelhecimento; 2) as incontinências na perspectiva do processo do envelhecimento; 3) Teoria das Representações Sociais e 4) Enfermeiro, estratégias de processos de trabalho, alicerces para o cuidado especializado de pessoas na perspectiva da incontinência urinária.

3.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Do ponto de vista demográfico, é possível identificar quando uma população envelhece através de uma análise da sua pirâmide populacional, que consiste em um gráfico de apresentação da distribuição de diferentes grupos etários em uma população^{45; 46; 47}. Quando há redução do número de jovens na base da pirâmide populacional e simultaneamente um aumento relativo do número de pessoas idosas no topo da pirâmide, são utilizados os termos “envelhecimento da base” e “envelhecimento do topo”, respectivamente³. Estes fenômenos permitem uma compreensão de que o envelhecimento populacional é processual⁴⁵.

Acompanhando esse processo de envelhecimento da pirâmide etária deve estar a capacitação da Geriatria e Gerontologia, ciências voltadas à promoção e prevenção da saúde da pessoa idosa, bem como das políticas de saúde dedicadas a esta crescente população que exige cuidados que visam a manutenção da sua independência e autonomia^{3; 46; 47; 48}.

Como fatores intervenientes sobre a pirâmide etária citam-se: a mortalidade e a esperança de vida^{49; 50} e variáveis como epidemias e aumento de morbidades por doenças cardiovasculares⁴⁹. E são a partir desses fatores de influência que se justifica a importância da valorização do processo saúde-doença próprio do envelhecer bem como o levantamento da necessidade de políticas públicas que viabilizem a redução do impacto desses fatores intervenientes na qualidade de vida da população¹.

No mundo há padrões de envelhecimento que são bem definidos, a exemplo: 1) do Japão, onde existem 39 pessoas acima de 60 anos, tomando-se como parâmetro de comparação cem pessoas nas faixas etárias de 15 e 60 anos de idade⁵¹; além disto, existe como estimativa para o ano de 2025 um acréscimo para 66, o que equivale a um aumento de 59% da população de 60 anos de idade ou mais⁵¹; 2) dos países desenvolvidos, onde ocorrerá um aumento de 110% segundo estimativas para o ano de 2025;⁵² 3) do Continente Asiático que, em 2025, haverá mais da metade (59%) da população de pessoas com 60 anos ou mais do planeta residindo lá; 4) Nos Estados

Unidos da América, que, a estimativa para o ano de 2050 prevê um aumento de 20,7% do total de 420 milhões de pessoas; 5) da União Européia, para a qual há estimativa de em 2050, três entre cada 10 pessoas terão 65 anos de idade ou mais^{4; 5; 6; 27; 28; 53; 54; 55}.

Cabe destacar que o tempo necessário para que ocorra o processo de envelhecimento de uma população é influenciado por fatores regionais e/ou pelo perfil do país/continente. Um exemplo clássico é a França, que demorou 115 anos para que sua população de pessoas com 65 anos ou mais duplicasse ao passo que as projeções feitas para a China revelam que o tempo previsto é de apenas 24 anos^{53; 56}.

É válido esclarecer que o processo de envelhecimento está diretamente ligado a contextos sociais e econômicos mundiais, com peculiaridades específicas em cada país/região, que de uma forma indireta favorece o aumento da esperança de vida em ritmos variados³. O desenvolvimento tecnológico em saúde, resultado de um crescimento econômico, foi elemento significativo do aumento dos anos de vida total das populações⁵⁷. Porém, por si só não geram influências, precisando acontecer concomitante a movimentos políticos, culturais e sociais, resgatando o conceito amplo de saúde^{47; 58}.

Em análise comparativa entre a população brasileira com 65 anos de idade ou mais e entre a que possui menos de 15 anos de idade identificamos a tendência para que, no ano de 2050, haja uma semelhança de distribuição, ou seja, 35.748 milhões e 35.057 milhões de pessoas com 65 anos de idade ou mais e de pessoas com menos de 15 anos de idade respectivamente⁵⁹. Tal fato corrobora a compreensão do Brasil ter um perfil no qual o processo de envelhecimento está para se consolidar, uma vez que há estimativas: 1) que a população brasileira no ano de 2050 será de 284 milhões de habitantes, sendo 17% e 15% de jovens e de pessoas com 60 anos de idade ou mais respectivamente⁸ e 2) que no período de 1970 a 2025 haverá um crescimento de 223% do número de pessoas no mundo com 60 anos de idade ou mais e projeção para 1,2 bilhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais em 2025 e 2 bilhões em 2050, sendo 80% delas habitantes dos países em desenvolvimento^{6; 53}.

O aumento da população adulta e idosa tem como consequências múltiplos problemas que se refletem em nível social, político, econômico, epidemiológico e cultural que tem corroborado para a instalação de mudanças na sociedade que estão sinalizadas para ocorrer em grande escala a curto espaço de tempo^{27; 60}. Dentre as mudanças inclui alteração imediata da formação dos profissionais de saúde, sendo importante replanejamento das ações de ensino, pesquisa e extensão, dentro do enfoque da gerontologia, para romper com paradigmas que existem em torno da velhice⁴⁷.

Com a instalação deste novo perfil demográfico, a enfermagem passa a ter uma demanda maior em uma área muito atrelada ao envelhecer, que se trata da assistência de enfermagem no domicílio, que gera impacto direto na redução de recursos aos serviços de saúde, na redução e controle de índices de queda, dor, prevalência de úlceras por pressão e no aumento da funcionalidade deste idoso, além de proporcionar maior autonomia do profissional enfermeiro^{30; 61; 62}.

A estomaterapia em enfermagem, especialidade atuante no campo das estomias, feridas e incontinências, permite atuação do enfermeiro dentro da prevenção e recuperação das comorbidades que têm como fator de risco o envelhecimento¹⁰. Podendo esta abordagem ser realizada em ambiente hospitalar ou no próprio domicílio, quando possível, valorizando os estudos que afirmam que o tratamento em domicílio, quando indicado, favorece a recuperação do paciente, ao diminuir riscos de contaminação e agravos e ao proporcionar conforto psicológico⁶³.

3.1.1 Concepção de envelhecimento ativo e bem-sucedido

O perfil demográfico atual exige um novo pensamento, preocupado não com o aumento quantitativo dos anos vividos, mas com a qualidade destes anos, o que está atrelado à manutenção da capacidade funcional e autonomia da pessoa idosa.

Neste contexto de reconceitualização do envelhecimento, enquanto parte integrante do contínuo do ciclo da vida, a terminologia “envelhecimento ativo” foi adotada na concepção da possibilidade de reconstrução social e de políticas públicas capazes de estabelecer novos paradigmas de abordagem das pessoas em processo de envelhecimento, visando sobretudo, a melhora na qualidade dos anos vividos e da participação social^{44; 48}.

O termo “envelhecimento ativo” está vinculado à concepção de saúde ampliada o que equivale a retratar a preocupação com: a saúde e o bem-estar; a integração das pessoas em fase de envelhecimento dentro do ciclo de vida; a sua inserção no mercado de trabalho (in)formal; a sua participação e integração junto aos programas de formação continuada, a possibilidade e direito de acesso aos bens e às tecnologias disponíveis para promover a saúde e a integração plena e maximizada aos bens disponibilizados pela sociedade^{7; 44; 48}.

Na concepção de “envelhecimento bem sucedido” foram valorizadas e acrescidas as diferenças de idade e o fator multidimensional das percepções dos idosos sobre a diversidade de características e preditores que surgem ou coabitam com o processo de envelhecimento^{3; 7; 57}.

Na expectativa de contribuir com a ampliação de abordagem do que vem a ser o envelhecimento, as pesquisadoras adotaram outras terminologias, nomeadamente: envelhecimento

saudável, envelhecimento produtivo, envelhecer bem, destacando-se, no entanto, a prevalência do termo envelhecimento bem sucedido^{3; 57}.

Na evolução conceitual e de abordagem científica do processo de envelhecimento há componentes que se complementam, quando se enfoca a concepção de envelhecimento bem sucedido. São estratégias de abordagem; elementos de avaliação; enfoques contemplando a integralidade; processos de delimitação das competências e habilidades; estratégias de preservação, de compensação das limitações ou de adaptação que compõem o mosaico de abordagem do envelhecimento bem sucedido^{57; 64}.

Entre os componentes destacamos: 1) o dimensionamento da capacidade funcional por meio da avaliação do desempenho das atividades da vida diária (capacidade que uma pessoa tem para realizar tarefas para cuidar de si) e das atividades instrumentais da vida diária (capacidade de uma pessoa administrar o ambiente em que vive); 2) a preparação e a aceitação para conviver com algum tipo de doença crônica; 3) a inserção cotidiana do consumo diário de medicação; da convivência com algum grau de restrição na locomoção, na alimentação, ou a necessidade de suporte para realizar alguma atividade; 4) a mudança de comportamento quanto aos hábitos de consumo de tabaco, de bebida alcoólica e 5) a preocupação em adotar uma rotina de prevenção, de tratamento e de controle de doenças^{65; 66}.

Diante desta concepção de envelhecimento observa-se a necessidade de uma abordagem multi e interdisciplinar da equipe de saúde, capaz de transpor também para a área social os cuidados prestados a este idoso contemporâneo, que não tem o processo de envelhecimento atrelado à incapacidade e/ou limitação^{3; 57; 58}. O envelhecimento ativo é compreendido por diversos fatores determinantes, fatores estes que devem ser interpretados e considerados pelos profissionais de saúde, visto que o processo de envelhecer é multifatorial e ocorre de forma distinta, com influências culturais e de gênero^{4; 44}.

A partir do paradigma do envelhecimento ativo, intensificaram-se as formulações de políticas proativas promovendo a igualdade entre gêneros e a solidariedade entre as gerações. O ano de 2012 foi marcado, pela União Europeia, como “o ano do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações”, sendo Portugal o protagonista na criação de iniciativas que estimularam o debate, o intercâmbio de boas práticas e a sensibilização da opinião pública para a mudança cultural.

Dentre as dimensões destas iniciativas estavam: o fortalecimento do papel da família e das relações entre as gerações; a valorização da pessoa idosa na sociedade favorecendo sua participação ativa; o acesso ao mercado de trabalho; o investimento na aprendizagem em todos os

ciclos da vida; a promoção de programas de voluntariado social e uma maior e melhor prevenção e cobertura nos casos de dependência.

As iniciativas voltadas para emprego, trabalho e aprendizagem ao longo da vida foram baseadas na ideia de se trabalhar e aprender até quando a pessoa idosa desejar. Em relação às iniciativas voltadas para saúde, bem-estar e condições de vida a meta foi fazer com que a pessoa idosa se sentisse saudável, segura, com oportunidade de divertir-se e de receber cuidados, se preciso.

Como forma de favorecer a solidariedade e o diálogo intergeracional, houve um incentivo às ações de estímulo da interação entre pessoas com diferentes biografias e talentos para a criação de uma sociedade para todas as idades. O incentivo ao trabalho voluntário veio como forma de tornar a pessoa idosa parte da comunidade, oferecendo oportunidade de transformação de si mesmo e do meio em que vive.

Já a estratégia adotada para ampliar o conhecimento da população em relação ao envelhecimento ativo e despertar a sensibilização social e a formação de novas consciências foi a criação de iniciativas de propagação de estudos dentro da área do envelhecimento e a abordagem da temática em espaços (extra e intra) curriculares dos escolares.

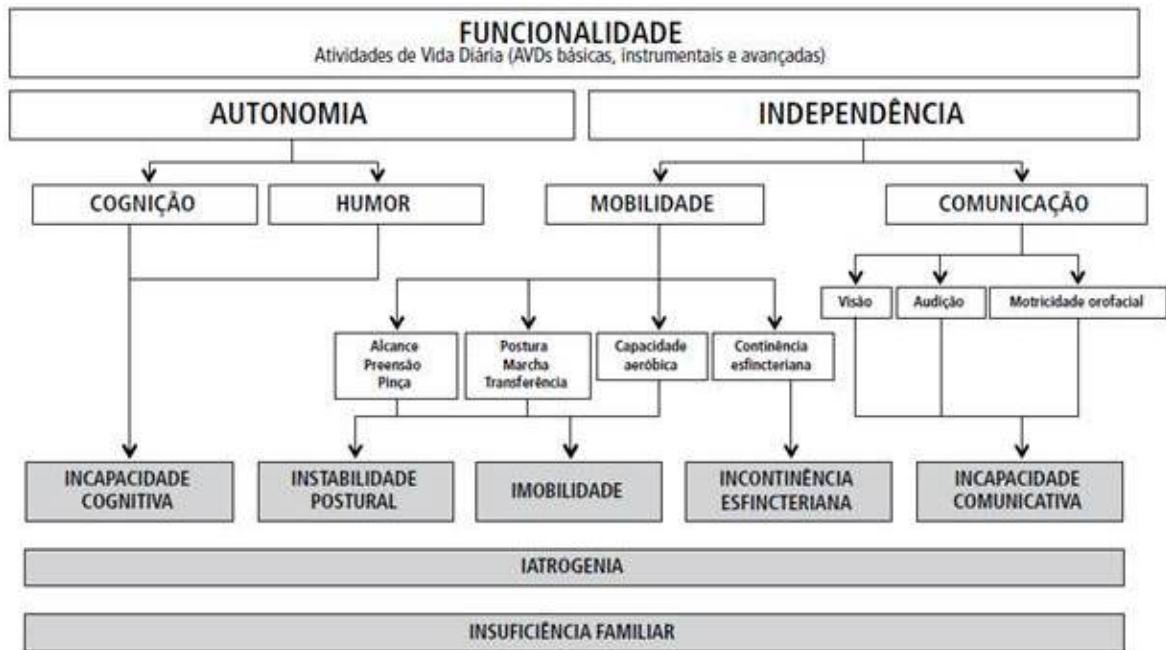
O documento do “Programa de ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações” representa a importância de se instituir estratégias e iniciativas que favoreçam a viabilização do paradigma do envelhecimento ativo. Ele se constitui em oportunidade de adequação das iniciativas por outros países com realidades socioculturais distintas mas que visam o mesmo propósito: otimizar os esforços para redução das incapacidades funcionais e perda da autonomia entre as pessoas idosas.

Em âmbito nacional, tem-se o documento de “Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais” que vem como uma das ferramentas para a reestruturação das redes de atenção à saúde que atualmente precisam lidar com um perfil demográfico mais envelhecido. O documento apresenta bases conceituais e formas sistematizadas de avaliação da saúde da pessoa idosa, de promoção da sua autonomia e independência.

Ratificando a preocupação em se aumentar a qualidade dos anos vividos, o documento traz a comparação entre bem-estar e funcionalidade (manutenção da capacidade funcional) e a autonomia e independência como fatores condicionantes para um envelhecimento ativo e bem sucedido. Lembra ainda que saúde para a pessoa idosa se traduz mais por sua capacidade de autonomia e funcionalidade do que pela presença/ausência de doença orgânica.

O comprometimento da funcionalidade está atrelado ao da independência e da mobilidade e constitui em situações de vulnerabilidade que favorecem a caracterização de um conjunto de manifestações próprias que se tornam mais prováveis de se instalarem na medida em que ocorre a progressão do processo do envelhecimento⁶⁷. Essas características são trazidas pelo documento como síndromes geriátricas⁶⁷ (Figura 1).

Figura 1: Esquema das principais síndromes geriátricas. Juiz de Fora, Ago/2014.



Fonte: MORAES, E. N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 98p.

Classificada como uma síndrome geriátrica e como uma condição clínica prioritária, a incontinência esfincteriana é fator condicionante da independência do indivíduo. Ela é causa importante da restrição da participação social limitando a mobilidade e levando ao isolamento, comprometendo significativamente a condição de envelhecimento ativo e levando a pessoa idosa ao risco de fragilidade.

A incontinência esfincteriana não é considerada uma morbidade própria do envelhecimento, porém possui maior prevalência entre pessoas idosas e apesar de sua frequência e repercussão funcional, é a queixa mais negligenciada no exame clínico usual. Por isso o documento de Atenção à Saúde do Idoso traz a incontinência urinária como uma morbidade que deve ser prontamente reconhecida para que se possa planejar ações que diminuam o risco de fragilidade do indivíduo idoso.

3.2 INCONTINÊNCIA URINÁRIA E DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A perda urinária é classificada em alguns tipos, e entender sua fisiopatologia e classificação compreendem em maior e melhor capacidade de atuação do profissional enfermeiro, tanto estomaterapeuta quanto generalista, na prevenção, estabilização e recuperação do paciente portador.

Na literatura há uma variedade de nomenclaturas para mencionar os tipos de incontinências urinárias. De acordo com a *International Continence Society (ICS)*²⁰, a incontinência urinária pode ser classificada em: incontinência de esforço, de urgência, mista, enurese, noctúria, incontinência urinária total e a perda urinária pós-miccional^(20: 68), sendo o enfermeiro um profissional capaz de atuar em todos os tipos, tanto de forma autônoma como quando integrante de uma equipe multiprofissional.⁶⁹

Considera-se Incontinência Urinária de Esforço (IUE) quando há queixa quanto à perda de urina associada a esforço físico, tosse, espirro, riso ou mudança súbita de posição. O que se deve a um aumento da pressão abdominal que se transmite à bexiga de forma incorreta. A pressão vesical ultrapassa a pressão uretral e esfínteriana, ocorrendo perda de urina. Num sistema íntegro e funcionante de continência, em qualquer das situações de esforço citadas, deverá ocorrer um aumento da resistência uretral que evite esta perda de urina^{20: 70: 71}.

No caso da Incontinência Urinária de Urgência (IUU) é a perda de urina acompanhada e/ou precedida por urgência. Pode ter origem sensorial, como ocorre a exemplo das cistites, cálculos ou neoplasias em que há uma hipersensibilidade da bexiga ou uretra, que desencadeiam forte desejo miccional. Se a origem for motora, verificam-se contrações não inibidas do detrusor geralmente em consequência à obstrução, envelhecimento ou processos inflamatórios pélvicos e uretrais. Constitui segundo tipo mais prevalente (22,8%), sendo o primeiro a IUE (50,1%)^(22: 72), a IUU compromete a interação social dessas pessoas que se limitam a lugares com sanitários sempre de fácil acesso. E muitas vezes, por dificuldade de deambulação, aumentam as chances de queda ao tentarem alcançar rapidamente o sanitário⁷³.

A Incontinência Urinária Mista (IUM) trata-se da associação da incontinência de urgência e de esforço, sendo a fisiopatologia igualmente mista²⁰. É todavia fundamental a equipe de saúde saber qual o componente mais determinante para as perdas e qual a forma primária de incontinência. Cirurgias pélvicas como cirurgia do cólon e reto, histerectomia, cirurgia de prolapso, amputação abdomino-perineal podem levar a lesões neurológicas diretas (nervo pélvico, plexo hipogástrico, nervo pudendo) e/ou alterações na disposição anatômica da bexiga-uretra que irá

comprometer o mecanismo de continência refletindo frequentemente nos casos de incontinência urinária mista^{32; 74; 75}.

Quando há a perda de urina durante o sono, esta é classificada como enurese, já a noctúria, é indicada para caracterizar vários episódios de desejo de urinar durante o período da noite, comprometendo a qualidade do sono e aumentando os riscos de queda devido à sonolência³³. Nos casos em que há a perda de urina de forma contínua, esta classifica-se como incontinência urinária total. E a perda urinária pós miccional é caracterizada pelo escape de urina por gotejamento pós-miccional^{20; 68}.

A ICS considera a incontinência urinária como um fator que gera risco de morte para idosos acima de 65 anos de idade, sendo, portanto a equipe de saúde responsável pela investigação, prevenção e tratamento desta disfunção²⁰.

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que objetiva a padronização da linguagem de enfermagem e que define o fenômeno da enfermagem como sendo as respostas humanas a problemas reais e/ou potenciais de saúde, apresenta cinco definições referentes à função urinária, a saber:

Incontinência urinária funcional, sendo a “incapacidade de uma pessoa geralmente continente chegar ao banheiro a tempo de evitar a perda de urina”. Incontinência urinária por transbordamento, “perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga”. Incontinência urinária reflexa, “perda involuntária de urina a intervalos de certa forma previsíveis quando um volume na bexiga é atingido”. Incontinência urinária por esforço “perda repentina de urina por atividades que aumentam a pressão intra-abdominal”. Incontinência urinária de urgência, “perda involuntária de urina que ocorre logo após a sensação de urgência para ir ao banheiro”⁴².

As definições da NANDA seguidas dos fatores relacionados e características definidoras viabilizam a investigação e determinação de condutas do enfermeiro na assistência à pessoa com IU e/ou com risco para desenvolvê-la.

É válido ressaltar ainda que a perda de qualquer quantidade de urina deve ser valorizada tanto através da queixa/relato do paciente quanto da observação e/ou registros da equipe de saúde responsável, visto que as incontinências são ocorrências sub-relatadas⁷⁶. Cabendo ao profissional de saúde investigação minuciosa e uma abordagem terapêutica capaz de desmistificar as incontinências como processos fisiológicos indissociável ao envelhecimento⁴⁵.

Os valores culturais e as tradições determinam como uma sociedade vivencia e encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Quando as sociedades atribuem, por exemplo, uma doença ao processo de envelhecimento, elas têm menor iniciativa para oferecer serviços de

prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado, uma vez que irão considerar “normal” uma pessoa idosa estar doente⁴⁴. A variável gênero possibilita a adequação de comportamentos políticos e sociais, tendo efeito sobre o bem-estar de homens e mulheres. Um exemplo disso é o tradicional papel das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família e o lar^{4: 77}.

Além da cultura e do gênero, constituem-se determinantes sobre o envelhecimento ativo os aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, o ambiente físico e os serviços sociais e de saúde^{44: 48}. A cultura e o gênero influenciam todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo e, devido a isso, são chamados de determinantes transversais⁵⁷.

As várias dimensões e as peculiaridades como o processo de envelhecimento é vivido requerem que a avaliação do envelhecimento bem sucedido seja processual e inclua: 1) elementos que abordem os aspectos sociais, psicológicos, físicos, emocionais e funcionais; 2) acompanhamento do estilo de vida, hábitos e comportamentos adotados pelas pessoas ao longo do ciclo da vida; 3) comportamentos que a pessoa idosa tenha em cada momento existencial e 4) expectativas que apresentam. Estes são alguns dos elementos que formam o patrimônio individual a ponto de favorecer o engajamento ou a não adesão da população idosa ao contexto em que se encontram, e interferem sobre a autoavaliação que elaboram sobre suas vidas e como a enfrentam e subsidiam a compreensão do processo de envelhecimento ativo ^{2: 23; 78}.

Status sócio econômico, engajamento cívico, satisfação com a vida, valorizar as diferenças entre os grupos por idades, incluir a autoavaliação, relacionamentos no lar e na vizinhança, trabalho remunerado e voluntariado e discriminar as doenças crônicas que são as principais causas de morte das outras doenças crônicas^{26: 79} são exemplos de indicadores a serem considerados na avaliação do processo de envelhecimento ativo.

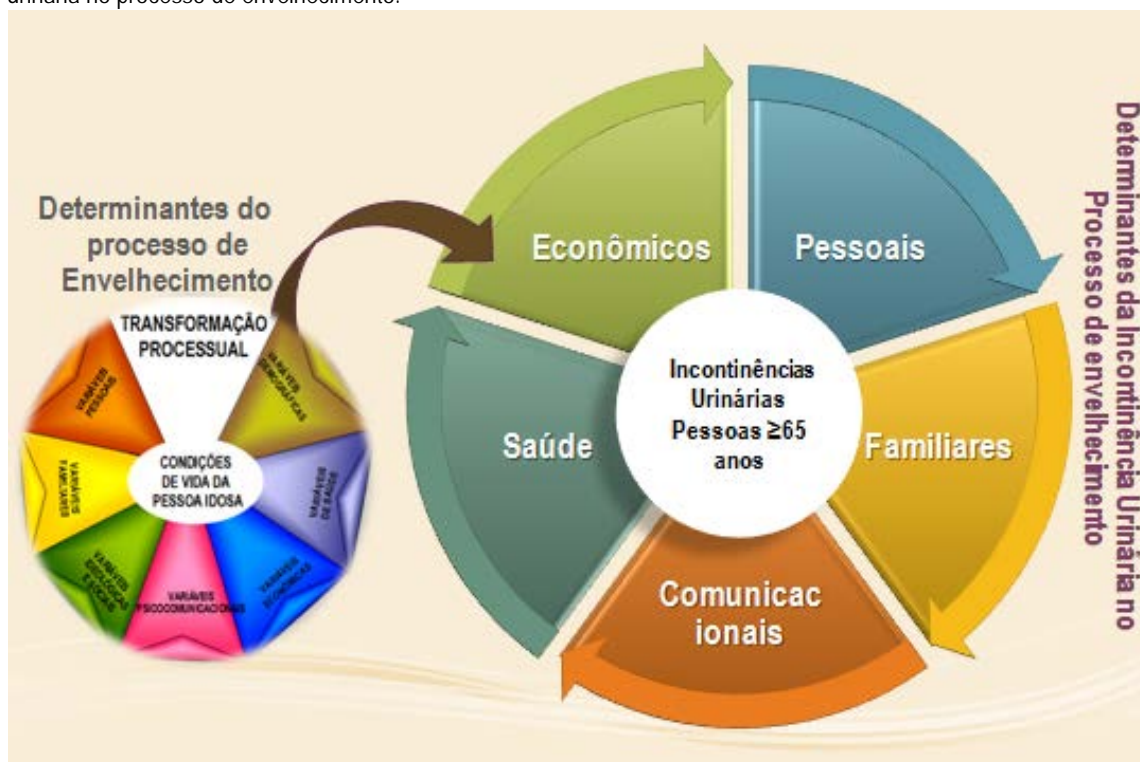
Os estudos com pessoas idosas abordam o processo do envelhecimento em sua natureza a partir da ótica de teorias que podem ter enfoques predominantes em determinada área (biológicas, psicológicas e sociais), embora entre estes aspectos o caráter biológico do envelhecimento seja o que se destaca por se mostrar mais visível⁷⁹.

Ao analisar o processo do envelhecimento do ponto de vista de uma comunidade étnico cultural canadense, Létourneau *apud* Guillemard, *et al.*^{80: 81} mencionam seis fatores que consideram intervenientes no processo, a saber: 1) fatores simbólicos; 2) fatores ideológicos; 3) fatores sociais; 4) fatores econômicos; 5) fatores demográficos e 6) os fatores familiares.

A partir de um modelo esquemático, baseado na teoria dos determinantes de Letourneau, que contemplou as peculiaridades culturais, políticas, econômicas, demográficas, sociais, ideológicas e de saúde da população em processo de envelhecimento, a presente investigação

utilizou um recorte priorizando os determinantes da incontinência urinária para o processo de envelhecimento (Figura 2).

Figura 2: Esquema ilustrativo dos determinantes do processo do envelhecimento e determinantes da incontinência urinária no processo de envelhecimento.



Fonte: Pinto 2014 Adaptado para abordagem de pessoas ≥ 65 anos de idade com incontinência urinária. Juiz de Fora. Agosto/2014.

Na referida proposta, as variáveis pessoais, comunicacionais, de saúde e econômicas foram didaticamente selecionadas, pois representam determinantes do processo de envelhecimento diretamente relacionados à incontinência urinária em pessoas com 65 anos ou mais.

As variáveis pessoais podem ser representadas pela caracterização do indivíduo em relação à escolaridade, gênero, raça, idade e ocupação e de acordo com a literatura são fatores significativos na prevalência e incidência das IU. As variáveis familiares e comunicacionais se traduzem nas formas de relacionamento e na qualidade das relações estabelecidas, estando diretamente relacionadas ao isolamento social que impacta sobre a IU. A variável economia se configura como um determinante para a IU em pessoas acima de 65 anos de idade porque está indiretamente relacionada à condição de saúde, ao acesso à informação e tratamentos, além de gerar impacto significativo na renda familiar e na economia pública. A variável saúde refere-se, sobretudo, às doenças correlacionadas à IU ^{44: 80}.

A diversidade de situações que caracterizam as condições de vida da pessoa idosa, na perspectiva da incontinência urinária, permite que a experiência pessoal e de grupos seja considerada como componentes abordados nas duas propostas anteriormente apresentadas. Nesta concepção, cada pessoa (com sua bagagem social) ao fazer o enfrentamento das modificações peculiares e/ou emergentes ao longo do ciclo da vida adquire um cabedal de experiências que lhe capacita a viver ativamente.

3.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Representação Social (RS) é composta de “elaborações mentais construídas socialmente através da dinâmica entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto de conhecimento”⁸². É a relação que se dá na prática social e histórica da humanidade e que se traduz pela fala. Entende-se que as representações sociais são construídas a partir de um contexto histórico, socioeconômico, cultural e étnico e que por isso refletem as condições do sujeito que a elabora, captando a sua realidade social⁸².

As representações sociais se configuram como um “sistema de opiniões, conhecimentos e crenças” que são próprios de uma cultura ou grupo social, elas funcionam como guias para a ação e comunicação, e justificam decisões, posições e condutas adotadas diante de um evento.

Esse conjunto de elementos cognitivos que se constitui a representação social possui quatro características que são condicionantes para sua existência, a saber: a organização (deve partir de um objeto familiar aos sujeitos que em uma espécie de cooperação e interação organizam definições que irão compor os elementos da RS); compartilhamento (os elementos são representados a partir de um grupo social comum, com características semelhantes em relação aos seus membros e à sua posição para com o objeto); ser produzido coletivamente (a troca de opiniões entre os membros e a comunicação em massa favorecem a formação do senso comum mediante às diversas opiniões) e ser útil socialmente (as representações permitem a interpretação do ambiente social e se constituem em critérios para justificação/compreensão de comportamentos de um grupo e oportunidade de se vislumbrar formas de intervenção)⁸³.

A TRS permite a utilização de algumas diferentes abordagens metodológicas, sendo elas: a Societal, liderada por *Willem Doise* (Escola de Genebra); Discurso do Sujeito Coletivo, liderada por Lefèvre; Processual, liderada por Denise *Jodelet* e a estrutural, liderada por Jean-Claude Abric^{84; 85; 86}. As abordagens se complementam mais do que divergem, visto que possuem a mesma origem epistemológica ⁸³.

A linha Societal é considerada atualmente a abordagem menos disseminada no Brasil, mas não menos importante. Ela enfatiza a inserção social do indivíduo como um fator determinante na variação dos elementos da representação social, reafirmando a importância das políticas e normas sociais na caracterização dos elementos da RS e que irão justificar comportamentos adotados pelos sujeitos^{85: 87}.

A abordagem societal define quatro níveis de análise: a intraindividual (modo como o indivíduo organiza suas experiências); a interindividual e situacional (evidencia a interação como explicação para as dinâmicas sociais); intergrupais (leva em conta as diferentes posições que os indivíduos ocupam na sociedade e a relação entre elas) e a societal ("enfoca o sistema de crença e normas sociais, adotam o pressuposto de que as produções culturais e ideológicas característica de certo grupo dão significado aos comportamentos dos indivíduos e criam as diferenciações sociais")⁸⁸.

A abordagem do Discurso do Sujeito Coletivo é a de origem mais recente, década de 1990 e trata-se de uma técnica da construção do pensamento coletivo a partir de discursos individuais com contribuições diferentes mas que integram o mesmo contexto social⁸⁴.

Esta abordagem objetiva revelar como as pessoas pensam, dão sentido às coisas e se manifestam sobre determinado assunto. Um dos objetivos desta abordagem é reduzir a variabilidade natural dos discursos, objetivando validar o pensamento do sujeito que emitiu a fala e para que no fim tenha-se uma representação do coletivo, capaz de levar à interpretação da realidade^{83: 86}.

A abordagem Processual demonstra como os grupos elaboram e compartilham seus conhecimentos de acordo com sua realidade e como este conhecimento é movimentado em decorrência dos valores do grupo. Representada por Jodelet, essa abordagem manteve uma feição mais objetiva e assegurou uma ampla base descritiva dos fenômenos, dando ênfase aos discursos das pessoas e grupos⁸³.

Jodelet baseou-se na possibilidade das RS serem uma forma de conhecimento prático capaz de ligar o sujeito ao objeto. E formulou três perguntas que norteariam acerca do saber, sendo elas: "quem sabe e de onde sabe?"; "O que e como se sabe?" e " Sobre o que se sabe e com que efeito?". A primeira preocupa-se com a difusão das RS, o contexto socio-cultural, os valores e as interações entre os grupos de sujeitos. A segunda analisa o processo de formação da representação e eventuais transformações e a terceira trata da difusão do saber e da transformação de um tipo de conhecimento em outro⁸⁴.

A metodologia é baseada na análise de discurso com ênfase nos processos construtores da RS: ancoragem e objetivação. A objetivação é definida como a transformação de uma ideia, de um conceito, ou de uma opinião em algo concreto, refere-se a forma como um objeto será imaginado, diagramado e iconizado, variando de acordo com a realidade de cada grupo de sujeitos⁸⁹.

A ancoragem antecede a objetivação e trata-se da aproximação do sujeito com o objeto, funcionando como um ponto de referência e fixação da ideia⁹⁰. O processo de ancoragem estabelece uma relação positiva, negativa ou neutra do objeto representado e essa hierarquização permite uma comparação e um julgamento por parte do sujeito em relação aos seus paradigmas e valores formados de acordo com o contexto socio-cultural em que o mesmo está inserido^{89; 90}.

A ancoragem desempenha um papel fundamental no estudo das representações sociais e do desenvolvimento da consciência, uma vez que se constitui na parte operacional da RS e de sua concretização⁸².

Nesta perspectiva, ancorar e objetivar seriam tornar familiar, classificar, nomear e imaginar algum objeto, pessoa ou situação. Ao dar nome a algo o indivíduo é capaz então de imaginá-lo e representá-lo. A interação entre os construtores, ancoragem e objetivação, permite compreender o processo de construção de uma representação social e possibilita a compreensão de comportamentos de sujeitos diante de um determinado objeto⁹⁰.

A abordagem Estrutural, liderado por Abric, vem como uma forma de esclarecimento das lógicas sociocognitivas, dando ênfase ao carácter cognitivo da organização das representações, supondo que o conteúdo dessas representações articulam-se em níveis mais centrais⁸³.

Também conhecida como teoria do núcleo central, a base desta abordagem está na diferenciação dos elementos que compõem a representação, uns estabelecendo o papel de núcleo central e outros o papel de elementos de periferia. O núcleo central, por sua vez, estrutura os elementos que compõem a representação social pois é composto de elementos geradores de significados^{83; 91}.

O núcleo central é o elemento essencial da representação, sendo ele que determina o significado desta. É no âmbito do núcleo central que as representações sociais se solidificam e estabilizam, a partir da vinculação de ideias às quais são mediadas pela realização de ações concretas e resistentes a mudanças^{82; 92}.

Os elementos periféricos, ao contrário do central, são caracterizados por sua flexibilidade, por serem capazes de sofrer transformações, permitem a integração das experiências e histórias individuais, são sensíveis ao contexto imediato e suportam contradições e a heterogeneidade do grupo enquanto protege o sistema central. Já o núcleo central está ligado à memória e à história

coletiva, é consensual e define a homogeneidade do grupo, é estável, coerente, rígido, resistente à mudança e mostra-se pouco sensível ao contexto imediato^{82: 92}.

Os conceitos de ancoragem e objetivação dentro da abordagem estrutural são representados como o processo de formação da representação que se dá através da aproximação de uma ideia/conceito (ancoragem), que a princípio gerará elementos de periferia da representação social, seguindo pela transformação dessa ideia/conceito em algo concreto (objetivação) que passa a se constituir em núcleo central de uma representação ⁸².

Abric destaca cinco funções da ancoragem no funcionamento e na dinâmica das representações, a saber: 1) concretização do núcleo central; 2) regulação, que consiste na adaptação da representação às transformações do contexto; 3) prescrição de comportamentos; 4) proteção do núcleo central e 5) as modulações individualizadas que são as representações relacionadas ao contexto de vida do sujeito^{82: 92}.

A prática da enfermagem está inserida nas questões da Teoria das Representações Sociais por tratar-se de cuidados prestados a um indivíduo, família ou comunidade que estão inseridos em um contexto sociocultural, político e econômico. Devendo estar a enfermagem preocupada em compreender as questões implícitas ao processo saúde-doença devendo levá-las em conta durante o planejamento da assistência.

O estudos das representações sociais consititui-se como elemento fundamental para o trabalho com a comunidade⁸², principalmente em se tratando de grupos vulneráveis como os de pessoas com 65 anos de idade ou mais, visto que são sujeitos com culturas e conhecimentos consolidados ao longo da vida e compreendê-los se traduz em uma forma de melhor planejar a assistência de enfermagem⁹³.

Em decorrência da IU estar inserida em um contexto social em que é pouco aceita e entendida como própria do envelhecer³⁶, as representações sociais oferecem uma oportunidade de compreensão de comportamentos comuns às pessoas idosas, em relação à procura ou adesão ao tratamento de IU⁹³. Podendo ainda, viabilizar a elaboração de um modelo de cuidado especializado eficiente.

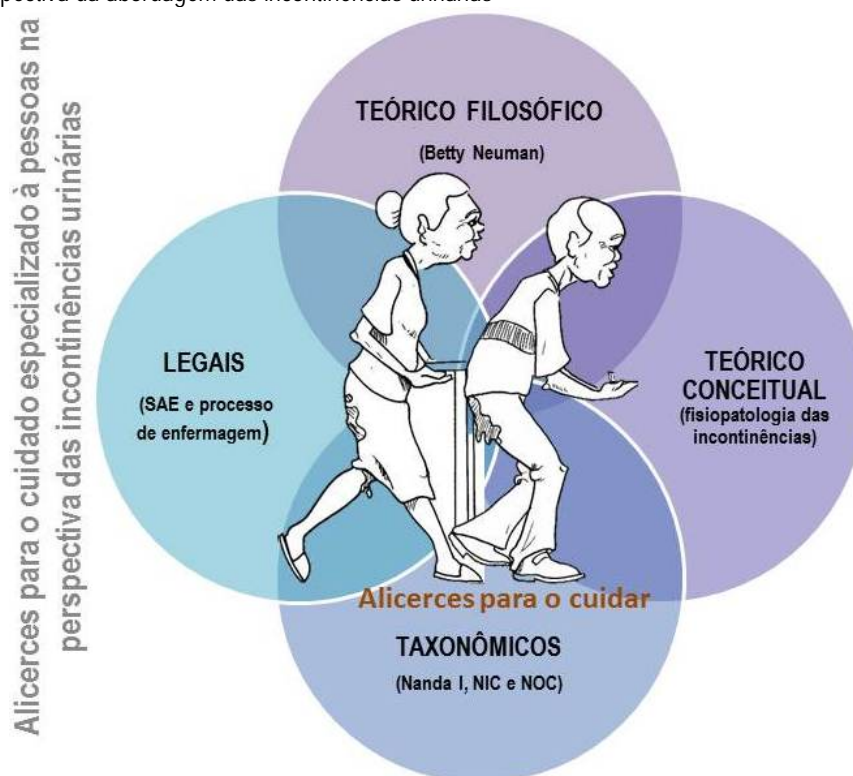
3.4 ENFERMEIRO, ESTRATÉGIAS DE PROCESSOS DE TRABALHO, ALICERCES PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO DE PESSOAS NA PERSPECTIVA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A construção de um modelo capaz de subsidiar a atuação laboral do enfermeiro ao cuidar de pessoas na perspectiva das incontinências urinárias requer a reunião de habilidades,

competências, conhecimento e recursos para a estruturação de uma proposta que seja coerente com uma enfermagem pós-moderna.

Para compor a estruturação de um modelo de assistência coerente e construído a partir das evidências científicas, culturais e relacionais buscou-se alguns alicerces conceituais, teórico-filosóficos, legais e taxonômicos (Figura 3).

Figura 3: Esquema contendo os componentes utilizados para alicerçar uma assistência especializada a pessoas idosas na perspectiva da abordagem das incontinências urinárias



Fonte: Autoras.

No caminho para se consolidar uma enfermagem, contemplando as dimensões científica, relacional, comunicacional, teórica, legal e intuitiva, foi necessário buscar elementos para subsidiar a estruturação do processo de enfermagem com vistas à identificação das evidências, alicerçar o processo de tomada de decisão e assegurar escolhas terapêuticas que qualifiquem o cuidado⁹⁴.

Do ponto de vista legal buscou-se na resolução 358 de 2009 o respaldo para a atuação do profissional enfermeiro. Nesta resolução PE é concebido como um instrumento metodológico capaz de orientar a assistência de enfermagem e que deve ser realizado de modo sistemático em todos os lugares em que aconteça o cuidado profissional de enfermagem³⁷. O profissional autônomo que trabalhe em consultório próprio ou em domicílio do cliente tem ainda o PE como um respaldo legal às suas ações de enfermagem⁹⁵.

Constituindo-se de cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes o processo de enfermagem se dá em uma sequência de ações que podem ser cíclicas, sendo elas: investigação; diagnóstico de enfermagem; planejamento, execução e avaliação³⁷. A legislação recomenda ainda que se tenha um registro formal das etapas de investigação (através de resumo dos dados coletados), dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções e resultados alcançados³⁷.

A etapa de investigação corresponde ao primeiro passo para determinar o estado de saúde do paciente, nela está a coleta de dados com o objetivo de obter informações sobre o indivíduo, família e coletividade bem como as respostas do indivíduo a situações de saúde-doença, essas informações irão compor o histórico de enfermagem e onde dele pode-se agrupar dados que se correlacionam para a identificação de padrões^{96; 97}.

Seguidamente vem a etapa de definição dos diagnósticos de enfermagem, dada a partir da interpretação dos padrões definidos. Esta etapa é caracterizada pela "tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam as respostas à saúde/doença e que se constitui em base para seleção das intervenções de enfermagem"^{37; 97}.

A etapa de planejamento, que vem em sequência, representa "determinação dos resultados esperados; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa sobre o processo saúde/doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem"³⁷. Após o planejamento tem-se a realização de fato das intervenções determinadas, etapa esta denominada implementação³⁷.

A quinta e última etapa é a de avaliação de enfermagem que é o registro pelo enfermeiro da avaliação do estado geral do paciente, das mudanças de respostas ao processo saúde/doença. Ela visa definir se as intervenções propostas alcançaram algum resultado e a necessidade ou não de mudanças nas condutas escolhidas nas etapas anteriores do PE. O registro de avaliação deve conter os problemas novos identificados, um resumo breve dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas próximas 24 horas³⁷.

A descrição das etapas permite inferir que o processo de enfermagem apesar de dinâmico possui forte inter-relação entre cada fase, sendo uma dependente da outra, justificando o PE como um instrumento que deve ser usado de forma sistemática e com método³⁴.

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma forma de organizar o trabalho profissional quanto ao método e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem. O uso de taxonomias como linguagem internacional para sistematização da

assistência padroniza as ações e registros do enfermeiro de modo a otimizar o cuidado sem comprometer a individualidade da assistência⁹⁸.

Para possibilitar o compartilhamento das etapas do processo de enfermagem é necessário ao Enfermeiro utilizar-se de formas comunicacionais que permita compartilhar com a equipe de enfermagem e com outros enfermeiros que atuem em outros serviços aquilo que o profissional identificou como problema, selecionou como intervenção e utilizou para avaliar o cuidado prestado.

Na presente investigação adotou-se referenciais taxonômicos divulgados em nível (inter)nacional para exprimir, do ponto de vista comunicacional, o problema (diagnóstico de enfermagem), as intervenções (condutas gerais norteadoras das ações terapêuticas) e os resultados (indicadores e escalas mensurativas para avaliação se sua atuação foi iatrogênica, resolutive ou indiferente). Foram utilizadas para isto as taxonomias NANDA I, *Nursing Intervention Classification* (NIC) e *Nursing Outcome Classification* (NOC).

A NANDA I constitui em uma estratégia comunicacional que permite ao Enfermeiro exprimir as "respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou potenciais de saúde"⁴².

A referida taxonomia possibilita: 1) abordar os problemas de pertinência legal do Enfermeiro; 2) uniformizar a linguagem da prática profissional e 3) subsidiar a estruturação da sistematização da assistência e a tomada de decisão. Trata-se de uma reunião de diagnósticos de enfermagem (reais, de risco, de bem estar e os de promoção de saúde) com suas características definidoras e seus fatores relacionados que objetivam facilitar a tradução dos padrões clínicos encontrados para problemas de enfermagem⁹⁸.

Alinhada à NANDA I, está a *Nursing Intervention Classification Internation* (NIC), taxonomia que lista as possibilidades terapêuticas que são da competência do enfermeiro em nível (inter)nacional e auxilia o enfermeiro na definição de condutas de enfermagem preconizadas para as situações e reconhecidas por pares de especialistas como as melhores condutas a serem prescritas⁴¹.

Identificar e medir os resultados que correspondem aos cuidados de enfermagem permite ao enfermeiro estudar as respostas das intervenções que foram realizadas baseadas no diagnóstico de enfermagem bem como determinar se mudanças nos cuidados precisam ser feitas.

A *Nursing Outcome Classification* (NOC) disponibiliza parâmetros mensurativos e uma escala do tipo Likert, contendo cinco pontos que subsidiam a parametrização do cuidado operacionalizado pelo enfermeiro e/ou sua equipe quando prestam cuidados⁴³.

As três taxonomias, NANDA I, NIC e NOC (NNN), vêm como auxílio para a aplicação da SAE ao passo que padroniza o cuidado de enfermagem, garantindo que eles tenham as mesmas interpretações para os problemas de enfermagem encontrados, para as intervenções que serão propostas e para os fatores que serão avaliados, uma vez que utilizam de nomenclaturas padrões⁹⁸.

Do ponto de vista da atuação da Enfermagem, o sistema urinário possibilita que situações laborais de caráter colaborativo sejam desenvolvidas. Estas situações ocorrem quando tais profissionais agem em parceria com outras categorias no intuito de promover o cuidado das pessoas que são atendidas na rede de saúde por meio do monitoramento de agravos⁹⁹.

Por outro lado, a enfermagem tem nas áreas das incontínências urinárias uma possibilidade para que a categoria atue nos vários níveis de serviços de saúde. O respaldo para tal atuação em nível nacional ocorre com a criação da especialização em Estomaterapia em 1990 e em nível internacional pela criação da *World Council Enterostomal Therapists* (WCET) em 1978¹⁰. Esta área permite que o enfermeiro realize uma releitura de como pode se inserir nos tratamentos dos usuários dos serviços de saúde e das possibilidades de atuações que a categoria pode ocupar no cenário de inserção do Enfermeiro, quer seja com vínculo empregatício ou de forma autônoma^{10; 62; 100}.

A resposta da pessoa idosa apresenta peculiaridades que precisam ser de domínio do profissional enfermeiro, tais como: modificações comportamentais ou de humor súbitos; sentimentos de apreensões geradas em situações novas; omissões ou superestimação de informações; interações medicamentosas; modificações fisiológicas sem sintomatologia; instalação de patologias e agravos, dentre outras^{9; 101}.

O sistema urinário ao limpar o sangue das impurezas e ao integrar o mecanismo de homeostase de líquidos e de eletrólitos¹⁰², fornece aos profissionais de saúde evidências do impacto das condições internas e de seu equilíbrio a ponto de serem utilizados como marcadores da ins/estabilidade orgânica e/ou emocional em pessoas idosas, facilitando diagnósticos precoces e melhores prognósticos⁹⁹.

A variedade de manifestações retratada pelo sistema urinário esta relacionada ao funcionamento de filtração e limpeza do sangue, do controle de eletrólitos e da instabilização do pH. São evidências que retratam as sobrecargas de origem variada (cardíacas, vasculares ou pulmonares, infecciosas, dentre outras). Isto porque os rins geram sintomas ou sinais que são alarmes que sinalizam quando o organismo está em risco, quando há desarmonias ou desordens internas ou quando há prejuízo em suas relações com outras estruturas/sistemas⁹⁹.

As infecções urinárias são de alta prevalência em idosos e com risco para complicações. Sua origem pode advir do sistema genital, de estilos de vida, da redução de ingestão hídrica ou do adiamento de eliminação urinária periódica, devendo ser um campo de atuação do enfermeiro na prevenção e tratamento das respostas do idoso a essa comorbidade¹⁰³. A educação em saúde, quando capaz de gerar mudanças de comportamento, é uma estratégia para prevenção de doenças e agravos, porém, é também um instrumento que deve ser aplicado levando-se em conta as questões culturais, de valores e o contexto social em que o idoso está inserido¹⁰⁴.

A interrelação entre estruturas, funções e estado hemodinâmico, no caso do sistema urinário, é um exemplo da integralidade e do dinamismo orgânico e foco de abordagens teóricas e de modelos de assistência de enfermagem como, por exemplo, os propostos por: Barbara M. Artinian, Betty Neuman, Barbara Artinian e Barbara Artinian.³⁸

A bexiga, enquanto um órgão muscular forrado por um epitélio de transição (urotélío), possui células que estão em contato com a superfície basal e cujas variações morfológicas dependerão do estado funcional ou do grau de estiramento do órgão¹⁰⁵. O fato de a bexiga possibilitar o armazenamento da urina faz com que os indivíduos apresentem uma variedade de respostas humanas diante de suas alterações funcionais e estruturais cujas repercussões não se limitam às questões fisiológicas, possuindo impacto sobre a interação social, cultural, econômica, psicológica e emocional^{2: 19; 33}.

O perfil laboral dos enfermeiros, ao possibilitar a reunião de um corpo de conhecimento científico capaz de traduzir em intervenções e condutas terapêuticas de enfermagem possibilita que as respostas individuais sejam o objeto de atuação de enfermagem cujos resultados podem e necessitam ser mensurados^{38: 75; 106}.

Durante o processo de enchimento da bexiga e do ato miccional estão envolvidos os músculos como: detrusor, trígono, esfíncteres e musculatura do soalho pélvico.⁷¹ Na presente investigação o termo micção está sendo concebido como o esvaziamento da bexiga urinária da urina nela contida¹⁰².

O detrusor, como principal estrutura muscular da bexiga, possui fibras musculares lisas que se entrecruzam em sentido circular e longitudinais, constituindo numa rede capaz de conferir a capacidade de distensão de forma concêntrica^{71: 102; 107}. A eficácia da contração permite uma micção plena e o relaxamento, preenchimento e armazenamento da urina.

Todavia, o mau funcionamento do detrusor compromete o processo de continência urinária, sendo a perda da capacidade de contração e a contração excessiva do mesmo, causas comuns de incontinência urinária em adultos e idosos^{18: 108}. Comorbidades próprias do envelhecimento e suas

formas de tratamento podem causar lesões nesta musculatura ou em inervações responsáveis por sua contratilidade, comprometendo o processo fisiológico de micção e continência¹⁰⁹.

O trígono, localizado na base da bexiga (colo vesical) onde se inicia a uretra, possui este nome em decorrência de seu formato triangular e é caracterizado por ser formado de tecido mesenquimatoso, conferindo a esta zona uma firmeza característica^{105; 107}. O trígono se mantém fixo no processo de contração/relaxamento da bexiga impedindo obstrução da uretra proximal e favorecendo a passagem da urina durante a micção⁷⁰.

Outra estrutura muscular importante na continência urinária são os esfíncteres. Estruturas formadas por fibras que se dispõem de forma circular formando uma bainha mais espessa no terço médio da uretra, local onde circunda completamente o canal favorecendo um aumento eficaz da pressão uretral^{102; 105}, indispensável para o processo de continência da urina⁷¹. Essa estrutura está presente na porção proximal e distal da uretra¹⁰⁷. Na mulher, estes esfíncteres não têm capacidade para se manterem contraídos por tempo prolongado, sendo um dos motivos da prevalência da IU ser maior neste gênero.

Os músculos do soalho pélvico são estruturas envolvidas na configuração, sustentação dos órgãos da pelve. No processo da micção e continência, participam na sinergia entre os movimentos de contração e relaxamento do esfíncter externo¹⁰².

O processo fisiológico do envelhecimento se dá do nível micro ao macro, entendendo-se o micro como o envelhecimento celular e o macro o de tecidos e órgãos. A partir dos 25 anos de idade as células entram em desaceleração metabólica e iniciam o processo de envelhecer, que aumenta gradativamente com os anos vividos⁴⁵. Dentro da dinâmica da micção esse envelhecimento é percebido, sobretudo, na redução da força de contração muscular e na capacidade de manutenção dessa contração, que pode levar à perda da capacidade de continência urinária^{22; 33; 108}.

Apesar de ser própria do envelhecimento a diminuição da força de contração muscular é um fator passível de ser prevenido ou recuperado, sendo uma das áreas de competência do enfermeiro estomaterapeuta que tem respaldo para atuar prescrevendo exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica, podendo ainda fazer uso de tecnologias como os eletroestimuladores e aparelhos de *biofeedback*^{32; 100; 110}.

O estabelecimento da continência urinária depende do equilíbrio e funcionamento harmônico de órgãos e estruturas como: bexiga, uretra, esfíncteres, músculos participantes, inervação autônoma e neurotransmissores e de componentes fundamentais no suporte da uretra que são: soalho pélvico, arco tendinoso, os músculos elevadores do ânus, suas fâscias e

ligamentos^{70; 71; 75}. O conhecimento do processo fisiológico de continência urinária bem como das estruturas envolvidas nele, permite que o profissional enfermeiro planeje sua assistência protegendo e/ou recuperando a integridade dessas estruturas.

O colo vesical e uretra devem estar de tal forma posicionada que, durante situações de esforço, a transmissão da pressão abdominal seja realizada sobre o terço inicial da uretra, ou seja, sobre o esfíncter interno. Criando-se um efeito "valvular" ao nível do colo vesical e impedindo a perda de urina. Esta correta transmissão de pressões sobre o mecanismo anatômico da continência depende das estruturas ligamentares e de suporte que, quando fragilizadas, originam um incorreto posicionamento da uretra, conseqüente alteração do ângulo vesicouretral levando à transmissão da pressão abdominal apenas à bexiga, conduzindo à incontinência urinária⁷¹.

Outra forma comum de se perceber o envelhecimento enquanto fator de risco para a incontinência urinária é pelas distopias de órgãos pélvicos, que se consiste na alteração da disposição anatômica dos órgãos da pelve (a exemplo: útero, bexiga, colo, reto) e que se dá a partir do desgaste das estruturas de sustentação (arcos tendinosos, cadeias musculares e ligamentos) comprometendo, na maioria dos casos, a dinâmica da continência urinária¹¹¹.

A musculatura lisa da bexiga, a região uretro-trigonal, e a uretra proximal são inervadas por fibras do plexo-pélvico que está localizado profundamente na cavidade pélvica e é composto por fibras mescladas dos nervos pélvicos (parassimpático) e dos nervos hipogástricos (simpático)¹⁰². Esta inervação, quando não alterada, confere a micção o caráter de ser voluntária e passível de controle.

Para iniciar o processo da micção é necessário reconhecimento pelo córtex cerebral do desejo de urinar. Quando este é reconhecido, a uretra encurta-se e verifica-se a diminuição da resistência do fluxo por relaxamento do esfíncter interno, que se dá por meio do nervo pudendo¹⁰³. Em conseqüência, a bexiga libera o seu conteúdo sobre controle voluntário, é a micção. Esta ocorre quando existe uma combinação entre a contração do músculo detrusor, relaxamento esfinteriano e relaxamento dos músculos elevadores do ânus^{70; 71}.

Quando há uma dissinergia nessa dinâmica da micção ocorre a incontinência urinária que passa a ser classificada de acordo com a estrutura afetada, através de relatos e observações de sinais e sintomas clínicos e exames como urodinâmica¹¹².

A incontinência urinária no idoso é posta como um fator de impacto psicológico, visto que é uma alteração funcional que se configura como perda de um controle que o idoso detinha previamente, podendo ter forte influência sobre sua autoestima e afetar suas relações pessoais, tendo como resposta o isolamento social^{12; 31; 113}.

O cuidado de enfermagem junto à pessoa incontinente deve considerar as questões emocionais relacionados à perda da função e da decorrente mudança de papel social advinda dela. A abordagem ideal deve ser capaz de sugerir estratégias de enfrentamento do problema, como a aceitação da condição, uso de equipamentos de continência, o ensino de técnica de higiene e o encorajamento à retomada das práticas de interação social^{100; 114}.

São vários os fatores de risco associados à incontinência urinária e que podem atuar de forma multifatorial no desencadeamento desta condição¹¹⁵. O envelhecimento, por exemplo, leva à alteração das estruturas que apoiam a bexiga, a diminuição da pressão do mecanismo de encerramento da uretra e à instabilidade do músculo detrusor favorecendo o surgimento da incontinência urinária³³. Além disso, a menopausa consiste na redução de estrógeno e consequente atrofia e alteração da posição da uretra¹⁰⁸. Portanto o envelhecimento constitui sim fator de risco para a IU, porém muitas vezes é erroneamente interpretado como morbidade condicional do envelhecer¹¹⁶.

Há evidências que demonstram a influência do aspecto étnico no tipo da incontinência e seu impacto no estilo de vida, tanto de homens e mulheres incontinentes quanto entre familiares e cuidadores^{31; 117}.

O número de gestações e o parto vaginal também estão associados a lesões no nível do soalho pélvico que alterariam a posição normal da bexiga, levando ao encurtamento da uretra e mudança do ângulo uretrovesical normal, importante para o encerramento do esfíncter uretral e mecanismo de continência^{118; 119}. Justificando assim a importância de exercícios no puerpério que garantem a recuperação e fortalecimento da musculatura perineal evitando uma posterior incontinência urinária na fase senil^{32; 119; 120}.

Estudos que comprovam também a relação entre a incontinência urinária de esforço e excesso de peso e valores elevados das medidas de cintura e quadril, visto que há um aumento da pressão interna e lesão da musculatura do períneo por sobrecarga do mesmo¹¹⁶. Sendo assim, caberá ao enfermeiro anamnese minuciosa incluindo investigação do tipo de atividade laboral realizada pelo idoso e por quanto tempo, a fim de instruir quanto ao novo estilo de vida que favoreça a proteção das estruturas envolvidas no processo de continência urinária³³.

Cirurgias como a histerectomia e prostatectomia podem favorecer o surgimento da IU, por alterarem o suporte pélvico da bexiga e por lesões de inervações, alterando a capacidade de controle dos esfíncteres e a alteração da contratilidade do músculo detrusor^{18; 121}. As doenças oncológicas têm maior incidência com o aumento dos anos vividos e se constituem uma das causas comuns de cirurgias de retirada do útero e próstata¹²².

Fatores hereditários podem também contribuir para os casos de incontinência urinária. Assim como doenças e/ou tratamentos farmacológicos que comprometem o sistema neurológico. Hábitos como o tabagismo favorecem a incontinência vesical por reduzir a síntese de colágeno e proteínas, comprometendo a manutenção da integridade das estruturas pélvicas, além disso, levam a episódios crônicos de tosse, aumentando os riscos de desenvolvimento de incontinência urinária¹⁸.

A constipação intestinal crônica, devido à força realizada durante a evacuação intestinal que pode lesar a musculatura pélvica e levar ao estiramento do reto e comprimir a bexiga é fator de risco para desenvolvimento da IU¹⁸. E a prática de exercícios físicos rigorosos, e sem acompanhamento, pode gerar aumento da pressão intra-abdominal que se sobrepondo à pressão dos esfíncteres, leva à incontinência ²².

Além disso, doenças crônicas como a diabetes aumentam a vulnerabilidade para a IU. Inicialmente o excesso de glicose pode causar uma hiperatividade detrusora, levando a um quadro de micções frequentes e em um segundo momento por alteração das células do detrusor, dificultando a contração do mesmo e comprometendo o esvaziamento completo da bexiga, caracterizando um segundo tipo de IU, diferente do primeiro¹²³.

A partir dos fatores de risco deslumbram-se várias intervenções de enfermagem tanto da competência do enfermeiro estomaterapeuta como do enfermeiro generalista no campo da prevenção da IU. Seja por educação em saúde sensibilizando as pessoas quanto aos hábitos de vida que são passíveis de evitar a incontinência, ou aplicando manobras não-invasivas de fortalecimento da musculatura da pelve em pós-operatórios e em pacientes em vulnerabilidade para a incontinência^{32: 33}.

A necessidade de um suporte teórico que “oriente o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento e intervenções de enfermagem e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados”³⁷ é previsto por lei e objetiva organizar o pensamento e o olhar do enfermeiro para a realidade segundo uma teoria escolhida ³⁷.

Ao se pensar a incontinência urinária como morbidade própria, porém não condicional, do processo de envelhecimento, capaz de gerar impactos em nível psicológico, sociocultural, espiritual e desenvolvimental é válida aproximação da teoria de Betty Neuman no planejamento da assistência. A teoria divide o indivíduo em sistemas que são protegidos de estressores internos e externos pelas linhas de flexibilidade, tendo o enfermeiro importante papel em fortalecê-las, mantendo o equilíbrio saúde-doença^{33: 36}.

Em sua abordagem, Betty Neuman propõe que o sujeito precisa ser compreendido como um sistema integrado de forças que é protegido dos estressores internos e externos pelas linhas de flexibilidade, que são campos de forças que promovem o equilíbrio/desequilíbrio diante das situações, experiências e circunstâncias vivenciadas (Figura 4).

Figura 4: Esquema representativo para paradigmas e conceitos da Teoria de Betty Neuman. Juiz de Fora Abr/2014.



Fonte: Esquema baseado em BRAGA, C. G; VITOR, J. Teorias de Enfermagem. São Paulo: 2011 e adaptado pelas autoras..

Neuman compreende que todos os indivíduos possuem uma série de anéis concêntricos que cercam a estrutura básica do ser humano, da família ou da comunidade e são denominados recursos de energia da estrutura básica. Eles protegem a estrutura central do indivíduo (ex.: estrutura genética, força dos órgãos, estrutura do ego) e representam as linhas de resistência responsáveis pelo reequilíbrio e retorno do indivíduo a um estado normal de bem-estar.

Este estado normal de bem-estar é o que Neuman chama de linhas de defesa normal, reações em que o indivíduo cria a partir de vivências, experiências que representam as adaptações aos estressores com que o mesmo teve contato.

Protegendo as linhas de defesa normal e as linhas de resistência, estão as linhas de defesa flexíveis. Estas são dinâmicas e oferecem uma espécie de amortecimento que visa preservar o estado de bem-estar e a estrutura central do indivíduo. Quando as linhas flexíveis não suportam os estressores elas permitem que os mesmos gerem impacto sobre a linha normal, comprometendo o estado de bem-estar normal do indivíduo, levando ao surgimento de sinais e sintomas de desequilíbrio do estado saúde-doença. As linhas de defesa flexíveis são dinâmicas e podem mudar facilmente sendo uma forma de intervenção preventiva em saúde.

Por ser um campo energético aberto, o indivíduo para Neuman, está sujeito a estressores de origem pessoal, interpessoal e extrapessoal, sendo preciso manter fortalecidas as suas linhas de defesa para garantir o equilíbrio do *continuum* saúde-doença. O enfermeiro se constitui num profissional que possui competência para auxiliar/fortalecer estas linhas de defesa internas com atuações nos vários níveis de cuidado.

No nível primário, a atuação do enfermeiro objetiva evitar que o estressor atinja a linha normal de defesa, através da redução da possibilidade de encontro do estressor com o indivíduo ou através do fortalecimento da linha flexível de defesa. A ação da enfermagem inicia-se imediatamente após o estressor ser identificado ou quando há a possibilidade do mesmo ocorrer.

O nível secundário de atuação acontece quando o nível primário não consegue proteger a linha flexível de defesa, ocorrendo uma reação no estado normal de bem-estar do indivíduo que se traduz nos primeiros sinais e sintomas que devem então serem tratados.

A atuação do enfermeiro no nível terciário tem o foco no auxílio à readaptação, manutenção da estabilidade e reeducação visando prevenção de ocorrências futuras. Ela ocorre quando o indivíduo teve a linha normal de defesa atingida, porém após intervenção em nível secundário, alcançou algum grau de reconstituição.

Tanto nos níveis primário, secundário ou terciário o enfermeiro intervém terapêuticamente no sentido de recuperar o equilíbrio indispensável do indivíduo no contexto do processo saúde-doença a ponto de buscar as condições mais apropriadas para a sua saúde^{31: 38; 124}.

Para Neuman, os seres humanos são definidos como sistemas composto de variáveis fisiológicas (estrutura biológica, química e física do corpo), psicológicas (emoções e processos mentais), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida) e espirituais (influência de crenças religiosas

na vida da pessoa) que juntas constituem o todo do ser. Essas variáveis se dispõem na forma linhas concêntricas protetoras que atuam na retenção, obtenção ou manutenção da estabilidade e integridade desse sistema que constitui o indivíduo^{38; 124}.

Já o ambiente, este é definido por Neuman como um sistema aberto de forças internas e externas, chamadas de estressores, que permeiam o paciente e que são capazes de influenciar continuamente em qualquer momento do tempo. A saúde do paciente se equivale a estabilidade ideal do sistema sendo este equilíbrio traduzido como o melhor estado de saúde, cabendo ao enfermeiro a capacidade de vincular paciente, ambiente e saúde, mantendo a estabilidade destes componentes³⁸.

Neuman acredita que as causas do estresse podem ser identificadas e sanadas pelas intervenções de enfermagem. Ela enfatiza ainda a necessidade de um equilíbrio dinâmico dos seres humanos o que pode ser proporcionado pelo enfermeiro ao identificar problemas, propor e discutir metas e ao ver a prevenção como uma forma de intervenção em saúde¹²⁴.

Sendo um modelo prescritivo, podendo ser usado tanto na prevenção quanto no tratamento e manutenção da saúde, ele tem aplicabilidade na assistência de enfermagem junto à pessoa idosa com riscos para desenvolvimento de IU ou com a morbidade já instalada.

O enfermeiro generalista na visão do cuidado especializado tem no modelo de Betty Neuman um apoio para suas intervenções, pois para ela o enfermeiro exerce uma profissão única, capaz de identificar todas as variáveis que podem afetar o indivíduo. Sendo assim está apto a identificar estressores em âmbito geral ou específicos de uma especialidade, visto que os impactos não se limitam à estrutura afetada diretamente, ele repercute no indivíduo enquanto um ser formado de unidades que responde como um todo¹²⁴.

4 OBJETIVOS

A seguir estão apresentados os objetivos.

4.1 GERAL

Analisar a ocorrência de incontinência urinária para pessoas com 65 anos de idade ou mais e compreender suas representações sociais à luz dos determinantes do processo do envelhecimento com vistas à proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada de enfermagem.

4.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar os participantes quanto ao perfil sociodemográfico e o processo de envelhecimento;

Identificar a frequência de incontinências urinárias entre pessoas com 65 anos de idade ou mais;

Conhecer os conteúdos e localização dos componentes/elementos da representação social de pessoas com 65 anos de idade ou mais sobre a incontinência urinária segundo a análise estrutural da representação (núcleo central, área de contraste ou periferias);

Categorizar as concepções dos participantes sobre ocorrência da incontinência urinária como um evento que pode ocorrer em si, nas pessoas mais velhas e mais novas;

Identificar os elementos capazes de subsidiar a construção de impressos destinados a elaboração da coleta de dados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem;

Construir impresso destinado a subsidiar a atuação do estomaterapeuta no histórico, diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, utilizando referencial teórico filosófico de Betty Neuman, taxonomias NANDA I, NIC e NOC e em consonância com a Resolução 358/2009 que faz recomendações para a atuação laboral em ambiente domiciliar.

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir estão apresentadas as trajetórias e as técnicas que possibilitaram operacionalizar a presente investigação, tendo em vista que a temática foi abordada na perspectiva de método misto.

Pesquisa exploratória que utilizou o método misto com coletas periódicas de dados quantitativos acompanhada de pesquisa de campo de âmbito qualitativo ¹²⁵.

O método misto consiste na utilização de um delineamento de investigação que inclui a abordagem quantitativa e qualitativa com articulação entre as duas formas. O processo de coleta, as interpretações dos resultados e as conclusões dependem do objetivo almejado, da forma de apreender o objeto da investigação e da maneira/sequência como os dados foram tratados; o mesmo ocorrendo com a maneira como os resultados foram divulgados ¹²⁶.

5.1 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO E ESTRATÉGIAS PARA APROXIMAÇÃO E ABORDAGEM DOS PARTICIPANTES

Pesquisa realizada em uma cidade da Zona da Mata Mineira que possui população aproximada de 517.872 habitantes, sendo 11,9% acima de 60 anos de idade e 8,3% com 65 anos de idade ou mais. Índices superiores à média nacional¹²⁷.

A cidade atende aos requisitos estabelecidos pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS 01/96), possuindo fundo, conselho e plano de saúde e comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários, que possibilitou, desde 1998, ter gestão plena em saúde. O fato de o município dispor de gestão plena em saúde lhe confere competência para coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar e avaliar as atividades em saúde e acessar aos fundos de origem estadual e federal destinados à atenção básica¹²⁸.

A região selecionada para efetivação desta investigação integram um complexo composto por cinco bairros que dispõem das seguintes unidades de saúde: uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), duas UAPS (sendo uma com e outra sem estratégia de saúde da família- ESF), um ambulatório filantrópico que oferece serviços médicos, de nutrição e psicologia, uma clínica antroposófica particular, postos de coleta e laboratórios de análises clínicas particulares, um serviço de atenção secundária à saúde para diagnóstico e tratamento de pessoas com doenças renais crônicas, um centro municipal de especialidades ortodônticas, uma farmácia de manipulação e um

serviço ambulatorial de odontologia em várias especialidades, sendo os dois últimos vinculados a uma universidade federal.

Foram critérios consensualizados para delinear os cenários de investigação: 1) local onde se encontram pessoas com 65 anos de idade ou mais não institucionalizadas ou hospitalizadas (fatores intervenientes sobre a capacidade funcional e a autonomia); 2) área cuja vulnerabilidade dos participantes era priorizada na cobertura de uma UAPS; 3) área cujos agentes de saúde pudessem favorecer a interação das pesquisadoras com os potenciais participantes para que o processo de coleta de dados ocorresse no domicílio e 4) área que possibilitasse a integração entre ensino/assistência e extensão/pesquisa, reafirmando cobertura de áreas de demanda, vínculos estabelecidos e vulnerabilidade social para abordagem.

O cenário eleito foi composto pelas seis microáreas que integram a cobertura priorizada da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que pertence a três bairros distintos e o modelo de assistência era o tradicional.

Há evidências que demonstram que o uso do modelo de atendimento de Estratégia de Saúde da Família (ESF) obtém maior resolatividade e vínculo com o usuário, quando comparado ao modelo clássico/tradicional, em virtude do número delimitado de famílias a serem atendidas por cada equipe de saúde e pela exigência de se ter uma equipe composta por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde¹²⁹.

Quando analisado o modelo de assistência e a cobertura disponibilizada pelo modelo tradicional na área investigada foi possível identificar que havia vínculos estabelecidos entre os moradores com a equipe de saúde a ponto de eles serem reconhecidos pelos seus próprios nomes mutuamente¹³⁰.

Como critério para escolha do local da investigação foi realizada uma ambiência prévia, na qual foi possível constatar que a relação entre número de profissionais e de famílias atendidas era insuficiente e gerava sobrecarga de atividades laborais para a equipe de saúde adstrita aos cuidados da área de abrangência.

Tal fato justificou a elegibilidade do cenário para a investigação, uma vez que ao comparar a prestação de serviços e recursos disponíveis para os moradores com 65 anos de idade ou mais desta região comparando-o com outros sítios em que havia a Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada foi possível justificar a escolha do cenário de investigação.

O resultados da ambiência possibilitaram detectar a necessidade de investigação do cenário em decorrência da vulnerabilidade a que as pessoas com 65 anos de idade ou mais se encontravam e justificar a busca por uma possível contribuição na elaboração de um diagnóstico

situacional de cobertura do local, na perspectiva do atendimento prestado em nível de atenção primária.

O cenário eleito era caracterizado por possuir residências localizadas em terrenos íngrimes, de difícil deslocamento para a pessoa idosa a ponto de dificultar o acesso ao comércio, à UAPS, às escolas e aos espaços públicos destinados ao lazer. Por isto foi considerado na ambiência como pouco favorável à realização das atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária para as pessoas com alguma limitação motora.

A presença de tráfico de drogas, a presença de milícia e a limitação da presença do poder público no local justifica o cenário de investigação ser considerado uma região de alto risco para violência física, ambiental e social.

Na área pesquisada havia coleta de lixo e rede de esgoto pela prefeitura municipal, excetuando-se duas ruas. Disponha de sistema de água potável encanada e luz elétrica. Havia duas creches (uma pública e outra filantrópica) e um centro de saúde de caráter filantrópico conveniado a uma universidade particular na qual eram oferecidas aulas de ginástica e trabalhos manuais. Para maximizar a cobertura da área, o centro de saúde filantrópico disponibilizava consultas com médicos generalistas em local próximo aos moradores. As igrejas protestantes eram predominantes.

Considerando que a presente investigação teve enfoque quantiquantitativo houve a preocupação das pesquisadoras com uma aproximação monitorada capaz de gerar confiança, credibilidade e favorecer o contato com os possíveis participantes.

Foram momentos que caracterizaram uma aproximação das pesquisadoras no cenário da investigação. Houve reunião com a equipe de enfermagem da área de cobertura, aproximação com os agentes de saúde, reunião com o enfermeiro da unidade que visaram informações sobre a área, sobre os idosos cadastrados pela unidade e busca de cooperação mútua na aproximação do cenário da investigação.

Paralelamente, buscou-se evidências da cobertura obtida pela unidade ao realizar a comparação entre a lista de pessoas idosas cadastradas e o número de pessoas idosas segundo os quinquênios divulgados pela base censitária da região. A comparação entre as fontes de informações (UAPS e Base de dados do IBGE) motivou a realização de um mapeamento do cenário da investigação em espaço cartográfico e posteriormente em *locus*.

Utilizou-se para a aproximação em locus da estratégia de inserção no cenário da investigação e o estabelecimento do primeiro contato com os potenciais participantes. Este contato foi realizado por meio do acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e na ocasião foi realizada a apresentação da pesquisadora e a divulgação de

que iria ocorrer uma pesquisa cujos dados seriam coletados pessoalmente pela pesquisadora apresentada. Tal estratégia visou estabelecer vínculos para a abordagem da temática da incontinência e demonstrar a aproximação entre o serviço e o delineamento estratégico da investigação .

No delineamento amostral foi realizada amostra de seleção completa para as etapas do *survey* e das Representações Sociais (estrutural e processual).

Foram critérios de elegibilidade: 1) todas as pessoas com 65 anos de idade ou mais, todos os níveis de escolaridade, de ambos os gêneros e todas as religiões, cores de peles e renda declaradas; 2) ser morador da área de cobertura de uma UAPS onde os dados foram coletados; 3) concordar em participar como voluntários não remunerados, externando sua aquiescência pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado e 4) ser orientado, lúcido e exprimir-se com coerência.

Foram considerados critérios de não inclusão os potenciais participantes que: 1) não atenderam aos critérios de elegibilidade; 2) não foram encontradas em casa após três visitas em dias e horários distintos; 3) estivessem internados, institucionalizados ou em viagem no período de coleta de dados e 4) tivessem avaliação pela escala de Mini-exame do Estado Mental (MEEM) com escores ≤ 24 se com mais de quatro anos de escolaridade ou 17 se menos de quatro anos ou diagnóstico firmado de Alzheimer em estágio intermediário a avançado (Classificação segundo Sociedade Brasileira de Neurologia⁶⁷); fossem portadores de deficiência mental; não conseguissem comunicar-se verbalmente; tivessem acuidade auditiva reduzida a ponto de não ser capaz de ouvir o entrevistador e/ou compensassem esta limitação com a leitura labial.

Foi possível identificar que as características do atendimento disponibilizado na área investigada dispunha de cadastro dos moradores correspondentes à área de cobertura da UAPS e por isso eram contemplados com visitas domiciliares pela equipe de saúde. Eles tinham consultas de controle de doenças crônicas agendadas trimestralmente com registros atualizados em prontuário e tinham a possibilidade adicional de atendimento em regime de demanda na sede da UAPS.

Para fins de organização e entendimento, a presente investigação utilizou delineamentos quantitativos e qualitativos com vistas a responder às questões de investigação no cenário mencionado.

Na dinâmica das abordagens quanti e quali, cabe mencionar que as mesmas não foram aplicadas de forma linear. Utilizou-se da interpolação de acordo com critérios e recomendações

metodológicas; evidências descritas na literatura; intencionalidade comunicacionais e interacionais e o contexto dos sujeitos, visando favorecer a apreensão do objeto de investigação.

Isto equivale a dizer que foi realizada uma pesquisa utilizando o método misto. A forma de operacionalização do processo de coleta de dados foi processual, tendo em vista a busca por evidenciar as necessidades e as demandas de cuidado em enfermagem para a abordagem de pessoas na perspectiva das incontinências urinárias.

Utilizou-se da convergência de possibilidades metodológicas e técnicas para delinear o caminho da investigação na apreensão do objeto de pesquisa, sendo alterado as abordagens de acordo com a etapa da investigação em curso (Figura 5).

Figura 5: Esquema da trajetória de abordagens, dos métodos e das técnicas utilizada para operacionalizar a investigação.



Fonte: as autoras.

Houve uma aproximação da equipe de pesquisa com a equipe de saúde, a comunidade e os potenciais participantes que atendem/moram na área de cobertura.

Foram reuniões com o enfermeiro da unidade e com os agentes de saúde que mediarão a apresentação da pesquisadora que realizou o processo de coleta de dados com os moradores da região. Tais encontros visaram criar confiança, credibilidade e favorecer a aproximação, a criação de empatia, divulgar informações sobre a pesquisa que seria realizada na área e, simultaneamente, obter informações sobre a área, sobre os idosos cadastrados pela unidade e buscar cooperação mútua na aproximação do cenário da investigação.

Paralelamente buscou-se evidências da cobertura obtida pela unidade ao realizar a comparação entre a lista de pessoas idosas cadastradas e o número de pessoas idosas segundo os quinquênios divulgados pela base censitária para a região. O resultado da comparação entre as fontes de informações (UAPS e Base de dados do IBGE) motivou a realização de um mapeamento do cenário da investigação em espaço cartográfico e posteriormente em *locus*.

Após a equipe de saúde estar inteirada da pesquisa, utilizou-se para a aproximação com os usuários em locus a estratégia de inserção no cenário da investigação e o estabelecimento do primeiro contato com eles. Este contato foi intermediado por ocasião do acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde. Nesta ocasião, os agentes de saúde realizaram a apresentação da pesquisadora que coletou os dados à comunidade.

Tal estratégia, além de constituir numa possibilidade para estabelecer vínculos e demonstrar a aproximação do serviço com a equipe de investigação, possibilitou reduzir as inconsistências e subnotificação, descritas na literatura, por ocasião da abordagem da temática das incontinências urinárias.

A partir dos dados obtidos nas investigações quanti e qualitativa foi possível inferir sobre as necessidades e as demandas dos participantes para os cuidados de enfermagem na perspectiva da abordagem das incontinências urinárias, sendo estas informações utilizadas como alicerce para a construção de um modelo de assistência de enfermagem especializada para ser utilizada por enfermeiros generalistas.

Cabe mencionar que o recrutamento dos participantes ocorreu a partir de convite individual no domicílio, sendo a aproximação intermediada pelo agente comunitário de saúde por ocasião do processo de coleta de dados. Todo o processo de coleta de dados foi realizado a partir de entrevistas individuais por uma única entrevistadora para cada participante.

Houve a preocupação em utilizar-se de técnicas comunicacionais e de interação interpessoal com adequação da linguagem para o nível de escolaridade dos participantes e ao final de cada encontro era agendado o encontro subsequente com abordagem qualitativa ou quantitativa.

Gastou-se no processo de coleta de dados de três a seis visitas a cada participante, caracterizando um processo demorado, detalhado em virtude do tempo disponibilizado pelo participante em cada dia; a quantidade de informações coletadas em cada encontro; a tolerância e o conforto do sujeito e sua capacidade de concentração. O período de coleta de dados ocorreu de Setembro de 2013 a Junho de 2014.

O tempo médio de coleta de dados por encontro foi de 37,79 minutos (com variabilidade de 18 a 82 minutos, com desvio padrão de 10,98).

Atendidos todos os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos sendo atendida a Resolução 466/2012 e suas complementares, legislação em vigor no período de submissão.

Projeto cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, número do parecer: 341.116. O processo de coleta de dados iniciou após a aprovação do projeto no referido comitê (**Anexo 4**). Foram atendidos os princípios de justiça, equidade, beneficência e não maleficência.

Os riscos de participação foram considerados mínimos, ou seja, semelhante a situações cotidianas da vida, havendo a preocupação e atenção das pesquisadoras no sentido de minimizar tais riscos ao máximo, sendo utilizado para isto técnicas de anonimato, comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano.

5.2 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Na abordagem quantitativa foi realizado um *survey*. Neste delineamento é possível obter informações sobre as características, ações e opiniões de um determinado grupo de pessoas que são representantes da população de interesse¹³¹.

Dentre as indicações para a utilização deste delineamento estão: 1) obter respostas sobre o que, como e por que isso está acontecendo num determinado evento; 2) criar alternativa quando não é factível a abordagem da população e a alternativa de parte dele pode favorecer a apreensão das variáveis de interesse; 3) captar as relações entre variáveis dependentes e independentes; 4) aplicar este delineamento quando o ambiente natural é a melhor situação para estudar o fenômeno de interesse e 5) apreender o objeto de interesse quando ele ocorre no presente ou num passado recente. Esta etapa possibilitou contextualizar o objeto de investigação a ponto de evidenciar seus contornos e criar uma ligação e contextualização para a realização das etapas posteriores da investigação¹³².

Quanto ao seu propósito, um *survey* pode ser classificado em três tipos: explanatório, exploratório e descritivo¹³². O delineamento utilizado foi um *survey*-descritivo, visto que objetivou verificar se a percepção dos fatos está ou não de acordo com a realidade, descrever qual era a distribuição das variáveis de interesse, contextualizar as variáveis de interesse no grupo abordado e identificar os contornos dos eventos em foco¹³².

O *survey* possibilitou caracterizar um grupo de pessoas com 65 anos de idade ou mais quanto ao perfil sociodemográfico, ao processo de envelhecimento e à incidência de incontinência urinária.

Foram previstas cinco hipóteses com suas respectivas correspondentes de nulidade para alicerçarem a elaboração da presente investigação.

H1: O perfil dos participantes reafirma as características de feminilização do processo do envelhecimento e das incontinências urinárias.

H0: O perfil dos participantes não reafirma as características de feminilização do processo do envelhecimento e das incontinências urinárias

H2: Entre os diagnósticos de enfermagem de incontinência identificados entre pessoas com 65 anos de idade ou mais, segundo a taxonomia da NANDA I, o de urgência miccional é o de maior incidência.

H0: Entre os diagnósticos de enfermagem de incontinência identificados entre pessoas com 65 anos de idade ou mais, segundo a taxonomia da NANDA I, o de urgência miccional não é o de maior incidência

H3: A incidência de incontinência urinária é inferior a 30% entre pessoas com 65 anos de idade ou mais de baixa escolaridade e renda.

H0: A incidência de incontinência urinária é igual ou superior a 30% entre pessoas com 65 anos de idade ou mais de baixa escolaridade e renda.

H4: A ocorrência de incontinência urinária impacta sobre as variáveis (abordadas no questionário KHQ-SF) que mensuram a qualidade de vida;

H0: A ocorrência de incontinência urinária não impacta sobre as variáveis (abordadas no questionário KHQ-SF) que mensuram a qualidade de vida;

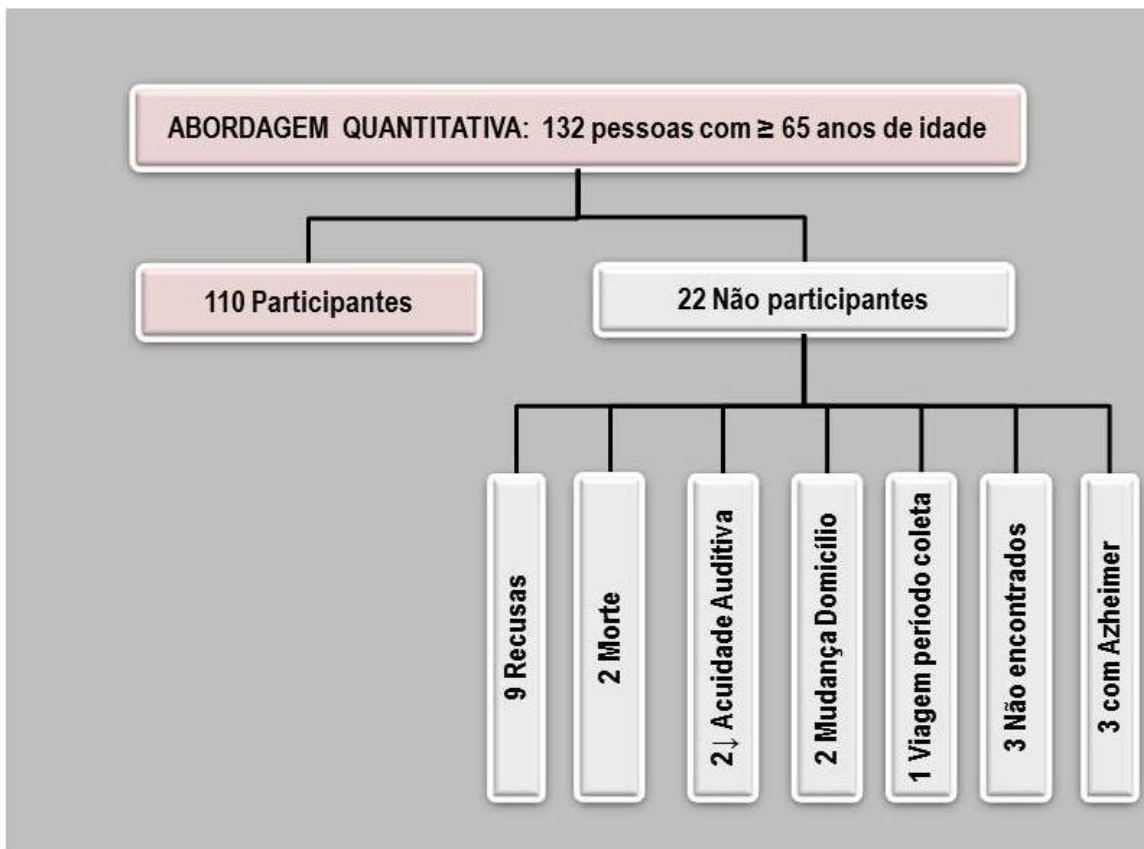
H5: O uso de medicamentos antihipertensivos estão relacionados à ocorrência de incontinência urinária;

H0: O uso de medicamentos antihipertensivos não estão relacionados à ocorrência de incontinência urinária;

5.2.1 População

Dentre os 132 moradores cadastrados nas seis microáreas pesquisadas, 22 não compuseram a população participante conforme consta na **Figura 6**.

Figura 6: Esquema explicativo sobre o qualitativa de participantes na abordagem qualitativa.



Fonte: As autoras.

5.2.2 Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se instrumento de coleta de dados elaborado em consonância com o referencial teórico-conceitual estabelecido para o processo de envelhecimento e previamente validado numa realidade portuguesa e brasileira com pessoas não internadas⁸¹.

A especificidade da abordagem da incontinência urinária foi inserida a partir de referenciais teóricos e epidemiológicos que explicitavam os riscos e as vulnerabilidades para a ocorrência da incontinência entre as pessoas idosas.

Cabe mencionar que à versão inicial do impresso proposto por Pinto⁸¹ foram acrescentados conteúdos para abordagem das incontinências e realizado um estudo piloto com 10 pessoas idosas que eram moradoras de região similar no mesmo bairro.

O conteúdo do estudo piloto foi descartado da versão final desta investigação e as lacunas identificadas permitiram reajustar o instrumento, incluir escalas e conteúdos pertinentes à abordagem das pessoas idosas e nortear a utilização de linguagem e uma abordagem culturalmente contextualizada.

Na versão proposta por Pinto⁸¹ foi realizado um recorte no qual foram excluído(a)s: 1) os determinantes sociais sobre a percepção de ser pessoa idosa ou estar envelhecido; 2) as aferições mensurativas de pregas e dobras cutâneas; 3) as atividades físicas, suas cargas semanais e tipo de atividades realizadas; 4) as crenças de Rokeach e 5) os determinantes de saúde para o processo de envelhecimento não relacionados a abordagem das incontinências urinárias. Foram acrescentadas: 1) escalas para identificação da ocorrência das incontinências e da qualidade de vida quando ela está presente e 2) os fatores intervenientes para a ocorrência das incontinências urinárias segundo a abordagem de gênero.

A configuração final do instrumento ficou assim composta: 1) determinantes pessoais e econômicos que possibilitaram caracterizar os sujeitos quanto aos aspectos sociodemográficos, 2) determinantes familiares, comunicacionais/interacionais e de saúde que permitiram caracterizar o processo de envelhecimento e 3) escalas de mensuração da incontinência urinária e de qualidade de vida que possibilitaram definir a incidência desta comorbidade e identificar seu impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com 65 anos de idade ou mais (**Apêndice 1**).

Foi utilizada a escala visual analógica¹³³ para permitir a apreensão de graduação em situações de uso de variáveis apreendidas pela escala do tipo Likert. Ela combinou o escalonamento de zero a 10 e de zero a cinco, com graduação por cores e desenhos de expressões fisionômicas simultaneamente (**Anexo 1**).

5.2.3 Processo de coleta de dados

O agendamento para a entrevista buscou compatibilizar disponibilidade de horário e dia entre sujeitos participantes e a entrevistadora, sendo o conteúdo do primeiro encontro o esclarecimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós informado (TCLE) (**Anexo 2**).

Foi utilizada a triangulação de técnicas e métodos para subsidiar o processo de coleta de dados na abordagem quantitativa, a saber: 1) questionário, contendo questões fechadas e semiabertas; 2) escala de *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (Short Form ICIQ-SF) para abordar a ocorrência de incontinência(s) urinária(s) e 3) instrumento escala Escala

King's Health Questionnaire Short Form (KHQ-SF-36) para avaliação da qualidade de vida em situações de incontinência urinária.

A escala Short Form ICIQ-SF contém cinco itens: 1) frequência de perda de urina; 2) percepção de perda de urina e 3) impacto na vida diária todas aferidas por meio de escala do tipo Likert, contendo 6, 4 e 10 pontos respectivamente. Posteriormente foi feito um somatório das frequências parciais obtidas nos itens 1 a 3. A quarta questão visa identificar a situação em que há perda de urina havendo oito possibilidades de respostas elencadas.

Na escala KHQ-SF-36 há 21 perguntas sendo estruturadas em domínios e duas escalas adicionais.

Nos domínios constam: 1) a percepção geral de saúde (um item); 2) o impacto da incontinência urinária (um item); 3) as limitações de atividades diárias (dois itens); 4) as limitações físicas (dois itens); 5) as limitações sociais (dois itens); 6) o relacionamento pessoal (três itens); 7) as emoções (três itens) e 8) o sono/disposição (dois itens) aferidos por escala do tipo Likert contendo quatro pontos exceto ao domínio 1 (percepção geral de saúde- muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim) e ao domínio 6 (relações pessoais- não aplicável, nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito).

Nas duas escalas adicionais são avaliados: a gravidade da incontinência urinária (medidas de gravidade) e a intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários) que permite aferir por escala do tipo *likert*, por meio de quatro opções de respostas (nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito ou nunca, às vezes, frequentemente, o tempo todo).

O questionário e as escalas foram preenchidas de acordo com as respostas emitidas pelas pessoas idosas, em dia e ambiente que proporcionasse privacidade a ponto de evitar a interferência de familiares ou visitantes durante a entrevista. O conteúdo das escalas foi mantido, uma vez que o instrumento foi previamente validado na língua brasileira e portuguesa.

A abordagem piloto foi realizada com a finalidade de adequação do vocabulário ao nível cultural do participante e os resultados do estudo piloto desconsiderados para esta investigação.

A utilização da escala visual analógica facilitou aos participantes a apreensão e a compreensão da complexidade das questões do tipo Likert que lhe eram apresentadas, proporcionando uma padronização de respostas entre os participantes, mesmo quando eles utilizaram estratégias distintas para compreender a questão proposta.

Cabe mencionar que todas as informações obtidas foram registradas de forma cursiva pela entrevistadora.

A ordem das etapas de coleta dos dados quantitativos foi entrelaçada com a investigação qualitativa. Elas ocorreram de forma estratégica, visando obter a ambiência, uma aproximação e interação entre pesquisadora/participante, uma vez que nos encontros a familiarização da investigadora com os participantes e o estabelecimento de vínculos de confiança constituiu o pré-requisito requerido pela abordagem qualitativa.

5.3 ABORDAGEM QUALITATIVA

A abordagem qualitativa foi delineada na Teoria das Representações sociais estrutural e processual, respectivamente.

Estas modalidades metodológicas são capazes de captar a realidade socialmente construída pelas vivências, aproximações com a temática e nortear quais seriam as interpretações dadas a elas a partir dos conteúdos emitidos pelo sujeito, desde que eles pudessem ser caracterizados como integrando um grupo socialmente contextualizado⁸²

Do ponto de vista operacional esta etapa possibilitou utilizar da Teoria das Representações Sociais do tipo estrutural a partir do termo indutor que foi “perder urina” para acessar de forma individual os conteúdos socialmente construídos. Já a Teoria das Representações Sociais com a abordagem processual foi utilizada para reafirmar ou rejeitar os conteúdos identificados no núcleo central da representação social e permitiu conhecer as diferentes concepções de incontinência enquanto situação autoidentificada ou identificada em outros.

Foram três os pressupostos que alicerçaram a investigação qualitativa.

Os moradores de uma área de abrangência de uma UAPS que possuem 65 anos de idade ou mais constitui um grupo socialmente contextualizado. Para o grupo, a incontinência urinária possui proximidade e representação a ponto de ser interpretada como algo próprio do processo do envelhecimento, dificultando a busca por formas terapêuticas de minimizá-los ou eliminá-los por meio de tratamento preventivo, paliativo ou reabilitatório.

O surgimento da incontinência urinária é vista pelas pessoas com 65 anos de idade ou mais como um marcador do processo do envelhecimento e próprio das situações de longevidade, havendo estranhamento na possibilidade de seu surgimento em idades mais jovens

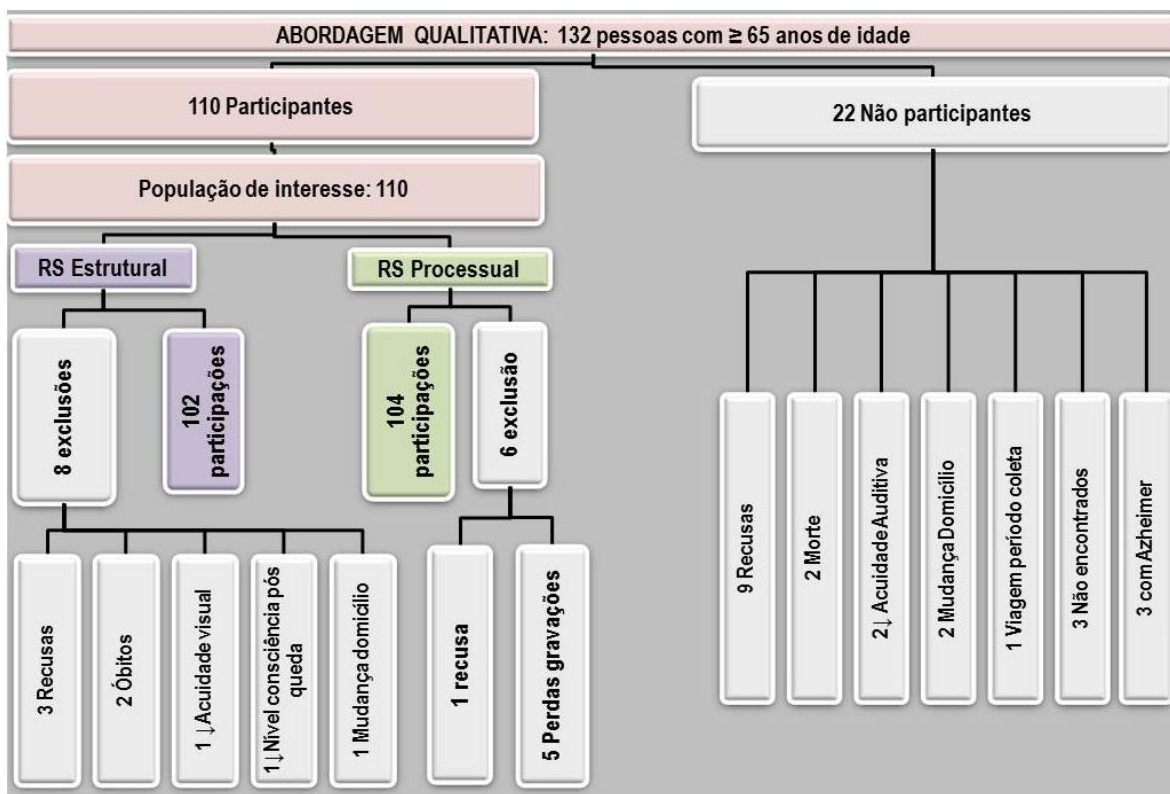
A perda de urina é representada pelas pessoas com 65 anos de idade ou mais como algo integrante do processo de envelhecimento, embora desconfortante e limitante, permitindo a construção de um modelo sociocultural sobre o perfil das pessoas com incontinência urinária.

5.3.1 Participantes

Na abordagem qualitativa, delineada na Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizouse as linhas: processual e estrutural.

Das 132 pessoas cadastradas na lista utilizada como referência, houve 22 perdas iniciais, fato que culminou em 110 participantes que integraram a etapa do *survey* e destes, 104 sujeitos participaram da abordagem processual e 102 da abordagem estrutural (Figura 7).

Figura 7: Esquema explicativo sobre o quantitativo de participantes na abordagem qualitativa.



Fonte: As autoras.

5.3.2 Instrumento de coleta de dados

As questões que permitiram apreender as variáveis de interesse na abordagem qualitativa em consonância com o referencial teórico-conceitual estabelecido para focar os participantes na perspectiva da incontinência no processo do envelhecimento foi elaborada a partir de duas estratégias: 1) a utilização da técnica de evocação para apreensão dos conteúdos da abordagem estrutural, segundo a proposta de Abric (teoria do núcleo central) e 2) a utilização de questões norteadoras para apreensão da abordagem processual das representações.

Diante de haver esclarecimentos na literatura para o fato da técnica de evocação ser difícil de ser executada com pessoas idosas e com baixa escolaridade e considerando que este era o perfil do participantes nas primeiras tentativas de registro das evocações livres, ficou evidenciada a inadequação da aplicação desta técnica para o perfil de participantes, evidenciada pela dificuldade dos mesmos em evocarem palavras a respeito da incontinência urinária, mesmo utilizando o termo indutor “perder xixi”.

A incapacidade de obter a evocação fez com que fosse repensada a estratégia de abordagem e buscas alternativas para facilitar o processo de rememoração e emissão de cognemas para o objeto “incontinência urinária”.

A recomendação identificada na literatura para utilizar a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), com o suporte de figuras ao entrevistar pessoas idosas foi aquiescida com a preocupação em se equilibrar valores de neutralidade, positividade e negatividade^{67; 88}.

Diante desta recomendação, foi acrescentada ao processo de coleta de dados a técnica da iconização. Ela consiste em utilizar de figuras para auxiliar os sujeitos investigados a realizarem a evocação, sem que as mesmas induzissem a uma das polaridades valorativas ao remetê-lo à temática.

Na presente investigação esta técnica foi denominada de Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeada por Imagens (TALPDI). A finalidade da técnica de iconização foi a de facilitar que os participantes realizassem a abstração para o termo indutor. Isto equivale a dizer que a dificuldade dos sujeitos em abstrair o conteúdo da temática justificou a utilização da TALPDI como estrutura de suporte ao termo indutor.

As etapas utilizadas para se obter o processo de criação e seleção das figuras utilizadas na TALPDI foram: 1) definição dos enfoques vinculados à temática da incontinência urinária a partir da sugestão de seis profissionais que atuavam com incontinência e/ou processo do envelhecimento; 2) criação de figuras cujos pares possibilitavam a abordagem da (in)continência numa dimensão positivas, neutras e negativas e que exprimisse possíveis comportamentos, atitudes e informações pela imagem e 3) triagem das figuras com seleção de número não superior a seis a partir de consenso com três peritos a ponto de contemplar dimensões valorativas complementares para o enfoque da (in)continência.

As figuras criadas surgiram da consensualização das imagens pertencentes ao cotidiano das pessoas com ou sem continência urinária. A descrição das situações quotidianas foram transformadas em desenhos elaborados exclusivamente para a finalidade da investigação,

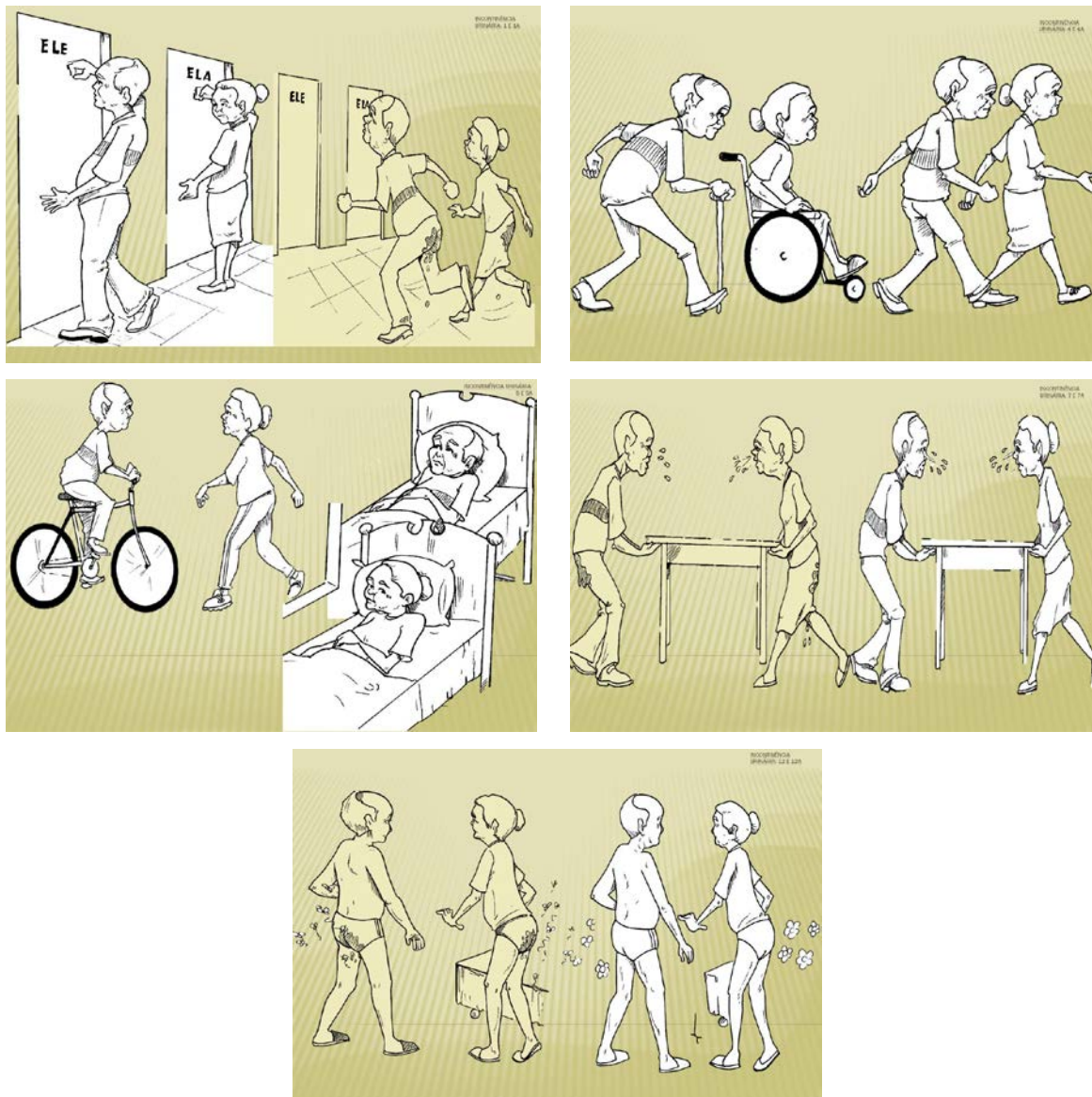
retratando nos personagens pessoas idosas com/sem dependência e com/sem perda de autonomia/funcionalidade, estando elas expostas ou não a situação de (in)continência urinária.

Foram criadas 20 figuras e selecionadas as seis que cada expertise elegeu como sendo mais representativo da temática por ocasião da composição de um painel com especialistas, utilizando da técnica Delphi. Estes especialistas tinham experiência em lidar com pessoas idosas doentes e saudáveis, com e sem incontinência urinária e experiências prévias na realização de investigação e alguma aproximação na abordagem delineada nas representações sociais.

Cada painalista selecionou as seis figuras mais expressivas do ponto de vista da temática. De todas as figuras elegíveis pelos painelistas foram consensualizadas 10, que após serem agrupadas em conjunto de cinco, proporcionaram uma abordagem com conteúdo valorativo amplo (positivo, neutro e negativo) para a temática da incontinência urinária.

O conjunto de figuras na versão final possibilitou cinco lâminas de desenhos (**Figura 8**).

Figura 8: Conjunto de imagens construídas para aplicação da TALPDI.



Fonte: Arreguy-Sena, Pinto e Alvarenga, 2014.

Após consensualizadas e editadas, as figuras foram utilizadas numa abordagem sequencial com os sujeitos entrevistados para verificar sua aplicabilidade, enquanto ferramenta capaz de auxiliar no processo de evocação e suscitar entre as pessoas idosas a emissão de palavras e/ou expressões a partir do termo indutor (perder xixi), a ponto de viabilizar o processo de coleta dos dados pela TALPDI.

As figuras foram alocadas em um fundo colorido com predomínio de cor neutra, visando conciliar a motivação da curiosidade para elas e eliminar mensagens subliminares que poderiam

ser carreadas pelas cores. Elas também foram plastificadas com a finalidade de favorecer a higienização após o seu manuseio pelos sujeitos.

Para abordagem processual usou-se questões norteadoras capazes de favorecer a captação das impressões dos sujeitos sobre a auto e heteropercepção a respeito da(s) incontinência(s) urinária(s). Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: como o(a) Sr(a) percebe a incontinência urinária em pessoas mais idosas e mais novas que o(a) Senhor(a)? Conhece algum caso? Como o(a) Sr(a) percebe a incontinência urinária em si? Há chance de o(a) senhor(a) vir a ter incontinência urinária? Já passou por esta experiência? (Apêndice 1).

5.3.3 Processo de coleta de dados

Na ambiência houve a intencionalidade de aproximação e de se realizar o processo de coleta dos dados no domicílio dos potenciais participantes, visando abranger a microárea coberta por cada agente de saúde e que não dispunha de ESF.

Houve triangulação de técnicas e métodos para subsidiar o processo de coleta de dados na abordagem da teoria, a saber: 1) Técnica de Associação livre de palavras (TALP); 2) Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeada por Imagens (TALPDI) para possibilitar a evocação dos participantes para o termo indutor “perder xixi”; 3) entrevista gravada sobre a percepção das pessoas idosas para a incontinência urinária que ocorrem em si, em uma pessoa mais idosa e em uma mais jovem; 4) a identificação de casos de incontinência urinária em seu cotidiano e 5) a identificação de possibilidade de perceber em si a incontinência urinária.

O registro das evocações livres a partir do termo indutor foi modificado para o uso da TALPDI com base nas evidências do processo de coleta de dados inicial.

A aplicação da TALPDI foi realizada com a apresentação das figuras dispostas em círculo, para evitar indução de hierarquização. Foi solicitado ao participante que olhasse todas as figuras, foi esclarecido que não haveria nenhuma melhor que a outra e solicitado que mencionasse as cinco primeiras palavras/expressões que lhe viessem à mente após olhar as figuras e ouvir o termo indutor “perder xixi”. A entrevistadora fez registros cursivos das palavras/expressões evocadas pelos sujeitos.

A captação da percepção dos participantes a respeito da incontinência em si, em pessoas mais idosas e mais jovens foi realizada por meio de entrevista individual gravada. A ocasião em que isto ocorreu foi estrategicamente pensada para que os registros de áudio fossem realizados em dispositivo eletrônico por ocasião de se ter estabelecido um vínculo, uma familiaridade e confiança

entre o investigador e o pesquisado. Tal fato se deveu a incontinência urinária ser assunto constrangedor de difícil aceitação e fácil omissão por parte de quem é portador, conforme evidências científicas.⁷⁶

5.3.4 Análise dos dados

O conteúdo das entrevistas gravadas da abordagem qualitativa foram transcritas em Programa *Word for Windows* e consolidados posteriormente em Programa Nvivo® (versão 10). A análise foi realizada, utilizando-se da técnica de similaridade de palavras, sentidos e contextos, visando definir as categorias emergentes com seus respectivos núcleos temáticos a partir de *Clusters*.

Os termos evocados foram transcritos para o Programa *Word for Windows* e Os dados brutos tratados segundo recomendações de Oliveira¹³⁴: 1) criação do dicionário- com homogeneização quanto a gênero, numeral, tempo verbal e adjetivação; 2) definição dos conteúdos a serem considerados no perfil demográfico (gênero, idade, grau de escolaridade, doenças relacionadas à incontinência e atividade impactantes sobre soalho pélvico); 3) elaboração do *corpus* e 4) formatação da estrutura requerida pelo programa EVOC para entrada dos dados.

A homogeneização das palavras/expressões evocadas consistiu na definição de um termo único capaz de conciliar sinônimos e/ou adjetivações afins, por processo capaz de reduzir, ao máximo, interpretações pessoais das pesquisadoras.

Após construído o dicionário retornou-se ao documento das evocações transcritas e realizou-se a substituição dos termos evocados segundo padrões definidos e consensualizados previamente. Finalizado o *corpus* ele foi tratado no programa EVOC 2000 (elaborado por Vèrgê) até a obtenção do “quadro de quatro casas”.

O “quadro de quatro casas” ou análise prototípica é elaborado a partir da frequência das palavras evocadas, das ordens médias das evocações e o *rang* (média das ordens médias de evocação) de cada palavra/expressão evocada. Esta técnica possibilita a identificação do(s) provável(is) núcleos centrais da RS e dos elementos periféricos (**Figura 9**).

Figura 9: Quadro de quatro casas com esquema de características dos valores de frequência, rang e ordem média das palavras evocadas segundo a sistema hierárquico da representação apreendida. Juiz de Fora, Ago/2014.



Fonte: OLIVEIRA Denize Cristina de. *A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais*. 2001. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem.

Trata-se de um quadro imaginário constituído pelos quadrantes gerados pelo encontro das abscissas e as ordenadas, ou seja, quatro quadrantes nos quais as palavras/expressões evocadas são alocadas. O eixo das ordenadas refere-se ao valor do *rang*, isto é, um valor atribuído para exprimir a posição de importância que uma palavra/expressão mencionada, sendo o critério de importância referente ao fato de o cognema ser lembrado e mencionado mais prontamente. Isto equivale a dizer que valores de *rang* iguais ou próximos de um (1) possuem relevância para os participantes, tendo em vista que foi prontamente lembrado e mencionado^{134; 135}.

O eixo das abscissas refere-se a frequência média ou ponto de corte das evocações cujo valor é previamente determinado pelo pesquisador. Usa-se como critério para definir o ponto de corte o número de vezes que uma palavra/expressão foi mencionada e o quanto o pesquisador considera que ela deveria ser repetida para ser considerada relevante no processo da representação social¹³⁵.

O quadrante superior esquerdo (OSE) constitui o *locus* onde pode estar alocado o(s) componente(s) central(is) da representação social, sendo por isto denominado de quadrante do

núcleo central. As características dos componentes aí alocados incluem eles: terem maior frequência de aparição ($>f$) e serem prontamente evocados ($<rang$). Isto equivale a dizer que foram mencionados nas primeiras posições por ocasião da aplicação da TALPDI e citados muitas vezes¹³⁵.

O quadrante inferior esquerdo (QIE) é conhecido como área de contraste. Neste local estão posicionados os cognemas de menor frequência ($<f$), mas que foram prontamente evocados e, por isto possuem menor *rang*. Nesta área estão os cognemas relevantes em termos de prioridade de rememoração, mas que não foram muito citados. Há casos de trabalhos com um número pequeno de participantes ou com muitas alternativas de expressões similares que poderão aproximar os cognemas presentes neste *locus* aos conteúdos do núcleo central. Para evitar tal situação a elaboração do dicionário auxiliou na compreensão do real valor dos componentes e nortear se haveria ou não possibilidade de reuní-los numa mesma categoria lexical. Neste caso os componentes alocados poderiam receber a denominação de núcleo central alternativo¹³⁵.

O quadrante superior direito (QSD) é conhecido como primeira periferia. Os cognemas alocados nesta posição possuem menor frequência ($<f$) de aparição e que foram evocados mais tardiamente e por isto possuem maior *rang* ($>rang$). A possibilidade de tais cognemas serem deslocados para o núcleo central está condicionado à possibilidade deles serem mencionados nas primeiras posições¹³⁵.

O quadrante inferior direito (QID) é conhecido como a segunda periferia e composto por cognemas que aparecem com menor frequência ($<f$) e foram mencionados nas últimas posições, tendo por isto um *rang* maior ($>rang$)¹³⁵.

Dispondo da lista contendo todos os cognemas evocados pelos participantes, foi possível reduzir o *corpus* inicial mantendo-se os componentes cuja frequência e ordem de evocação pudessem traduzir a importância do conteúdo para a compreensão da representação social.

A Lei de Zipf constitui na estratégia empregada para fazer esta seleção. A denominação desta lei derivou de George Kingsley Zipf, que formulou, na década de 40, uma proposta empírica na qual pudesse ser mantida a relevância, proporcionalidade e dimensão de uma lista ordenada de palavras¹³⁵. Segundo esta lei, é possível, a partir das potências de distribuição dos valores obter uma relação de proporcionalidade, tendo como base a distribuição e o número de ordem de uma lista, dada pela fórmula:

$$P_n \sim 1/n^a$$

na qual "n" representa a ordem do último nome da lista.

Para calcular o valor da frequência média é necessário dividir a frequência total dos cognemas evocados pelo número de palavras decorridas. Uma descontinuidade (queda) drástica da frequência de aparição do termo evocado indica o provável ponto de corte a ser adotado, tendo como referência a Lei de distribuição de Zipf¹³⁵.

A análise do *corpus* formado pelas evocações dos 102 sujeitos pesquisados revelou que, em resposta ao termo indutor “perder xixi”, foram evocadas 508 palavras com média de ordem de evocação de 2,5 numa escala de 1 a 5. Foram consideradas as evocações com frequências ≥ 7 , segundo a regra de Zipf, e obtido valor de frequência média de evocação igual a 13.

A análise dos dados provenientes das entrevistas gravadas versando sobre a percepção da incontinência urinária em si, em contemporâneos, em ascendentes e mais novos, se conhece algum caso e se considera ter chance de ter IU, teve seu conteúdo consolidado em Programa *Word for Windows* e posteriormente tratamento no Programa Nvivo versão 10.

Para captar o conteúdo contido nas entrevistas, organizá-los e obter a extração das informações que contemplam a temática da incontinência urinária na perspectiva do enfoque pretendido com a abordagem processual das representações sociais, foram utilizadas três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação^{136; 137}.

Na fase de pré-análise houve o intuito de organização e sistematização dos conteúdos, mantendo-se o foco no objetivo preconizado por ocasião da abordagem dos sujeitos. Foram elencados os critérios para nortear o processo de interpretação do discurso (exaustividade, representatividade, homogeneidade, disparidade e pertinência) por meio da realização da leitura flutuante, leitura aprofundada na busca pela composição do *corpus*. Buscou-se reafirmar, com flexibilidade, os pressupostos norteadores da abordagem e procurar na referência dos discursos os conteúdos emergentes para a preparação e definição do material categorial.

Na fase de exploração do material os discursos foram tratados como dados brutos sobre o qual se debruçou na busca pela identificação dos códigos passíveis de emergirem e que foram considerados fundamentais para o alcance da compreensão nuclear dos discursos. Foi realizado para isto o programa NVivo, que favoreceu o recorte, contagem e classificação de fragmentos de discursos e alocação dos mesmos em grupos afins.

Na fase de tratamento dos resultados e interpretação dos conteúdos os discursos foram agrupados em “nós” com “sub-nós” (programa Nvivo). Eles foram estruturados de acordo com seu teor, suas implicações e detalhamentos (similitude de conteúdo).

Tal conduta objetivou atribuir significado aos fragmentos dos discursos de forma que eles mantivessem seu contexto e ideologias primitivas. Para isto buscou-se, nos encontros

subsequentes ou no uso da re-entrevista, uma interação com os sujeitos para que eles pudessem validar tais conteúdos, principalmente quando houve dubiedade ou incompreensão do raciocínio explicitado original. A utilização da *reprise* dos materiais de áudio, quando acompanhada do texto transcrito, possibilitou sanar e reduzir dúvidas. A interpretação inicial, além de ser reafirmada pelo sujeito, foi aproximada dos conteúdos e referenciais teóricos afins à temática a ponto de se buscar uma interpretação e aproximação do discurso original com as evidências descritas na literatura e na experiência prática das pesquisadoras.

Do ponto de vista técnico, para obter os significados manifestos e latentes no material dos discursos gravados por meio da análise do conteúdo foi utilizada a técnica de análise da expressão. Ela consiste na utilização da estrutura narrativa para se alcançar as inferências categóricas. A elegibilidade por esta técnica se alicerçou em duas situações: 1) ela se estrutura no pressuposto de que há uma correspondência entre o tipo/conteúdo dos discursos emitidos pelos sujeitos com seu contexto social e/ou pessoal e 2) ela favorece a reafirmação das representações sociais na abordagem estrutural na medida em que os conteúdos que retratam o contexto pessoal/social dos sujeitos se equivalem aos elementos centrais e periféricos das representações social estrutural- fato de aproximação pretendido como análise segundo os pressupostos do método misto.

A forma de apresentação das variáveis qualitativa tratada com o auxílio do programa Nvivo versão 10, os *clusters* foram emitidos pelo critério de similaridade de expressões e/ou sentidos e apresentadas em dendograma e círculo de correlação para exprimir a correlações de Pearson e/ou Spermán entre as categorias temáticas e as unidades de significado.

Cabe mencionar que a profundidade do conteúdo das entrevistas aliado à abrangência do número de sujeitos dispensou a utilização da saturação preconizado nas investigações qualitativas com critério de delineamento amostral, embora o mesmo tenha sido obtido.

5.4 CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL

A partir de uma reflexão na disciplina de "Bases Filosóficas para o Cuidar" sobre qual seria uma proposta coerente para a abordagem de pessoas em processo de envelhecimento e com/propensas a terem incontinência urinária, buscou-se definir por um referencial teórico que pudesse ser aplicado à situação em foco, sendo selecionada a proposta de Betty Neuman.

Tal escolha alicerçou a construção e a proposição de um modelo assistencial para o cuidado especializado exercido por enfermeiros generalistas com vistas à redução de danos, cura e

reabilitação para os casos de incontinências urinárias em curso e de prevenção para as situações de vulnerabilidade próprias do processo de envelhecimento.

Buscou-se selecionar os elementos (componentes) capazes de identificar as situações reais ou potenciais de respostas das pessoas com 65 anos de idade ou mais que fossem para nortear a estruturação de cuidados de enfermagem na perspectiva da abordagem das incontinências urinárias, utilizando-se dos métodos indutivo/dedutivo e intuitivo.

A definição do número de impressos utilizou como critério as recomendações do COFEn na Resolução 358/2009³⁷, a saber: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e intervenções e resultados de enfermagem.

A utilização do raciocínio clínico permitiu transpor tais componentes para a temática e para referenciais teóricos de envelhecimento e das incontinências urinárias, conciliando-os à proposta filosófica de Betty Neuman, à legislação sobre sistematização da assistência de enfermagem (Resolução 358/2009) e aos conteúdos taxonômicos da NANDA I, NIC e NOC.

A reunião destes elementos subsidiou a formatação dos impressos (histórico, diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem) que se traduzem em um modelo passível de ser validado por enfermeiro generalista que presta cuidados especializados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados dados sobre a caracterização dos participantes, o processo de envelhecimento e a incidência das incontinências, as concepções e representações sociais sobre incontinência urinária, os impressos destinados à abordagem de pessoas idosas na perspectiva da incontinência urinária por estomaterapeutas e as demandas de cuidados de enfermagem na perspectiva da incontinência urinária em pessoas em processo de envelhecimento.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram 110 pessoas com 65 anos de idade ou mais, sendo 69 (62,7%) mulheres; Idade média de 73 anos (variabilidade 65 a 96 anos e desvio padrão 6,232); 54 (49,1%) eram casados e 56 (53,9%) viviam sem companheiro(a) (Tabela 1).

Tabela 1: Estatística de gênero, faixa etária e estado civil dos participantes. Juiz de Fora, Ago/2014.

Gênero	N	%	Faixa etária	N	%	média	Variabilidade min	Max	X ²
Feminino	69	62,7	65I--- 70	31	28,2				
Masculino	41	37,3	70I----75	42	38,3				
Total:	110	100	75I----80	22	19,9				
			80I----85	8	7,2	73,38	65	96	6,232
Estado Civil	n	%	85I---- 90	4	3,6				
Casado	54	49,1	90I---- 95	2	1,8				
Solteiro	10	9,1	95I---- ou mais	1	0,9				
Separado	02	1,8	Total:	110	100				
Divorciado	08	7,3							
Viúvo	36	32,7							
Total:	110	100							

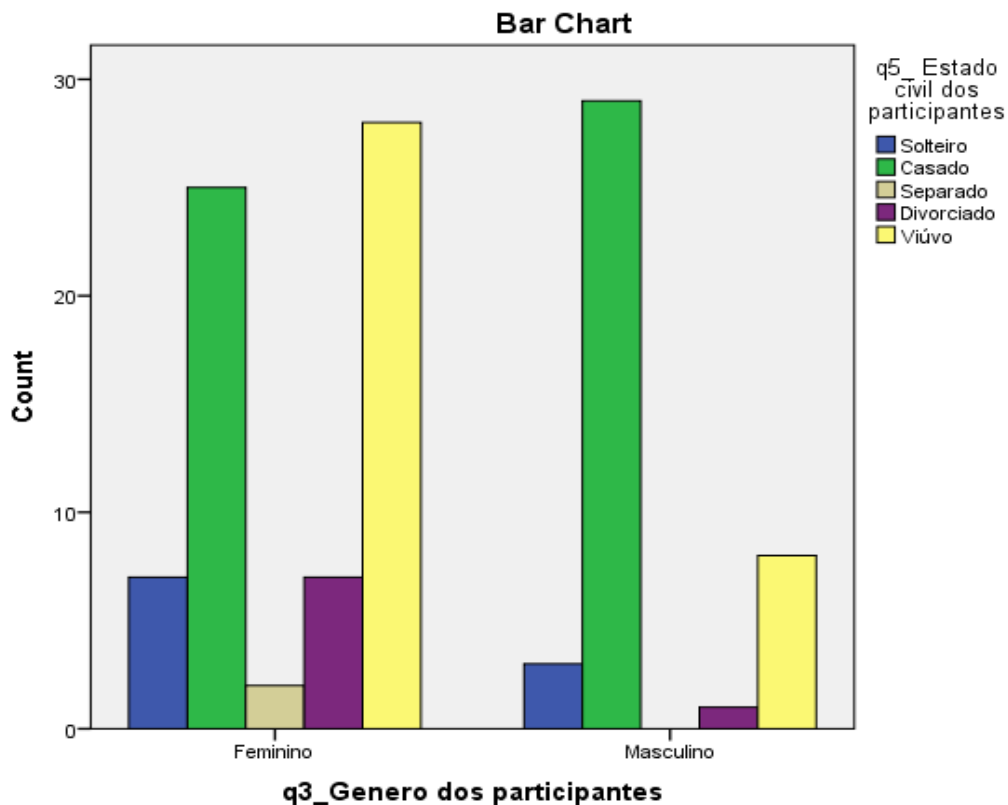
Fonte: As autoras.

O processo de feminização da velhice pode ser confirmado entre a população pesquisada. Em média, a mulher vive sete anos a mais que o homem e essa longevidade pode ser explicada por alguns fatores como: os maiores índices de mortalidade estarem entre o gênero masculino; a ocorrência de significativa queda das mortes maternas; a proteção hormonal feminina (estrógeno); a menor exposição feminina a comportamentos de risco no trânsito e no trabalho; as menores taxas de consumo de álcool e tabaco estarem entre as mulheres e pelo comportamento de adesão das mulheres para cuidados com a saúde⁷⁷.

Outra característica deste grupo populacional é que existe uma maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária. Uma razão que poderia explicar essa situação é que, por tradição, a mulher tende a se casar com homens mais velhos do que ela, o que, associado a uma

mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge ou os viúvos voltam, mais do que as viúvas, a se casar depois de se enviudar⁴. Essa situação é a mesma para os divorciados e pode ser observada entre os sujeitos pesquisados conforme consta do (Gráfico 1).

Gráfico 1: Relação entre as variáveis gênero e estado civil. Juiz de Fora, Ago/2014.



Fonte: As autoras.

Ao analisar a influência do estado civil sobre o gênero pelo Teste *t* simples, foi possível identificar associação com nível de significância estatística (p -valor= 0,000) (Tabela 2).

Tabela 2: Teste *t* Simples para correlação entre gênero e estado civil dos participantes. Juiz de Fora, Ago/2014.

	t	DF	Test Value = 0		Intervalo de Confiança 95%	
			Sig.	Diferença da Média	Mais Baixo	Mais Alto
Gênero	29,640	109	,000**	1,375	1,28	1,46
Estado civil	18,289	109	,000**	3,382	3,02	3,75

Nota das Autoras: ** $p = ,000$

Fonte: As autoras.

Em relação à variável ordinal de anos de escolaridade, a média foi de 3,05 anos de estudo, a mediana de 3,0, a moda 0 (zero), havendo uma variação de 0 (zero) a 16 anos de estudo, com

desvio padrão de 6,76. O tempo de aposentadoria variou de 0 (zero) a 37 anos, com média de 10,19; mediana de 9,50, moda de 0 (zero) e desvio padrão de 8,65.

A análise da frequência do grau de escolaridade por estadiamento, conforme preconizado no ensino brasileiro consta da (Tabela 3).

Tabela 3: Estatística escolaridade e tempo (em anos) de aposentadoria dos participantes. Juiz de Fora, Ago/2014.

Escolaridade	N	%	Média	Variabilidade		X ²
				Min	Max	
Analfabeto (0 anos de estudo)	35	31,8				
Ensino Fundamental Incompleto]0 a 7]	62	56,4				
Fundamental Completo (8 anos de estudo)	6	5,5				
Ensino Médio Incompleto (9 e 10 anos de estudos)	3	2,7	73,38	65	96	6,232
Ensino Médio Completo (11 anos de estudo)	3	2,7				
Ensino Superior Completo (16 anos ou mais)	1	0,9				
Total:	110	100				
Tempo de aposentadoria						
0	23	20,9				
1 ---- 5	6	5,5				
5 ---- 10	26	23,7				
10 ---- 15	26	23,7	10,19	0	37	8,65
15 ----20	12	10,9				
20 ---- 30	14	12,6				
30 ---- 40	3	2,7				
Total:	110	100				

Fonte: As autoras.

Dentre os analfabetos brasileiros, 39,9% possuem 60 anos de idade ou mais ⁶, sendo assim o grupo pesquisado apresenta média ligeiramente inferior à nacional, o que pode ser explicado pelo cenário da investigação localizar-se em região sudeste do país, historicamente caracterizada por índices maiores de alfabetização quando comparada às demais ⁶.

Ainda assim é possível caracterizar esta população como tendo baixo nível de escolaridade visto que 88,2% dos sujeitos ou são analfabetos ou possuem o ensino fundamental incompleto. O que se deve à pouca inserção destas pessoas em programas de alfabetização de adultos e à baixa efetividade desses programas ¹³⁸.

Ao realizar uma análise política e econômica, pode-se considerar que uma população analfabeta ou com baixos níveis de escolaridade, como a pesquisada, é a mesma que está exposta a outros problemas sociais como: baixa renda, fome, desemprego/subemprego, alienação e dificuldade de acesso à saúde ¹³⁹.

A aproximação que se faz entre o baixo índice de instrução e a exclusão social é válida quando se faz uma reflexão sobre aspectos como acesso à cultura, justiça, saúde, moradia e trabalho em que coincidentemente a população com baixo nível instrucional está exposta.

A discussão se faz a partir da necessidade de que simultaneamente à alfabetização, a pessoa se envolva com as práticas sociais a partir da leitura e da escrita, para que além de ter o conhecimento ela consiga utilizá-lo como uma forma de inserir-se nas práticas sociais.

Em relação às profissões e naturalidades encontradas entre os participantes, estas foram consolidadas em categorias e apresentadas na **Tabela 4**.

Tabela 4: Distribuição dos 110 participantes segundo profissão e naturalidade. Juiz de Fora, Ago/2014.

Profissão	N	%	Naturalidade	n	%
Empregada doméstica	34	30,90	Outras cidades de Minas Gerais	74	67,3
Trabalhador da construção civil	21	19,09	Juiz de Fora	24	21,8
Do lar	15	13,63	Outras cidades de outros estados	12	10,9
Serviços gerais	15	13,63			
Cozinheira	8	7,27			
Artesão	3	2,72			
Atividade de nível técnico	3	2,72			
Motorista	3	2,72			
Servidor público	3	2,72			
Comerciante	2	1,81			
Mecânico	2	1,81			
Atividade nível superior (Enfermeira)	1	0,9			
Total	110	100	Total	110	100

Fonte: As autoras.

Dos 110 participantes, 72 (65,5%) eram aposentados e tinham como profissão atividades de baixa remuneração, tais como emprega doméstica (30,9%); trabalhador de construção civil (19,9%) e serviços gerais (13,6%) ou se restringiam às atividades no lar (13,6%), conforme **Tabela 4**.

O fato de a cidade onde os dados foram coletados ser polo para microrregião e de estados vizinhos para as áreas de ensino e de atendimento de saúde pode justificar a vinda de famílias de cidades menores que se mudaram em busca de emprego, oportunidade de estudo para os filhos ou tratamento de saúde ¹²⁷.

6.2 PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E A INCIDÊNCIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIAS

Para contextualizar as demandas de cuidados de pessoas em processo de envelhecimento na perspectiva das incontinências urinárias, buscou-se identificar os vínculos intergeracionais, as situações de risco para ocorrência de incontinência urinária e a incidência e impacto da incontinência sobre a qualidade de vida.

6.2.1 Enfrentamento do processo do envelhecimento no cotidiano e vínculos intergeracionais

As pessoas em processo de envelhecimento possuem um declínio progressivo das forças, das condições de saúde e de autonomia, sendo a identificação dos potenciais integrantes de suporte para uma vida com qualidade, uma estratégia fundamental quando se deseja planejar cuidados de saúde a estas pessoas⁶⁷.

A forma de obter este apoio pode ser de dois tipos: pelo apoio do núcleo de convivência que foi consolidado ao longo dos anos com o estabelecimento de vínculos de parentesco, de afetividade ou de necessidades, ou pela compra de serviços de apoio ⁶⁷.

Considerando que os participantes possuíam baixa renda familiar contar com aqueles que estão próximos ou disponíveis, constitui numa estratégia de atendimento das necessidades básicas, instrumentais da vida diária sobrevivência e avançadas da vida diária .

A conquista de vínculos e a consolidação dos mesmos por meio do contato intergeracional constituem em fatores motivadores para atualização, envolvimento social e sentimento de pertença e utilidade entre as pessoas em processo de envelhecimento ¹⁴⁰. A convivência entre gerações expressa pela possibilidade de conversar e conviver entre os 110 participantes consta da **Tabela 5**.

Tabela 5: Distribuição dos 110 participantes segundo situação familiar no contexto intergeracional ou familiar. Juiz de Fora, Ago/2014.

Situação Familiar	N	%
Casado e vive com companheiro	52	47,3
Viúvo e vive em família	32	29,1
Divorciado ou separado e vive em família	7	6,4
Solteiro e vive só	6	5,5
Viúvo e vive só	6	5,5
Solteiro e vive com a família	5	4,5
Divorciado ou separado e vive só	2	1,8
Total	110	100

Fonte: As autoras.

A análise dos contextos intergeracional e/ou familiar entre os participantes foi em 87,3% caracterizado pela proximidade com companheiro(a) e/ou familiar o que demonstra um perfil de ocupação e presença de alguém próximo a eles independentemente do estado civil. Cabe acrescentar que 96 (82,5%) participantes convivem e ou conversam com parentes, caracterizando um cotidiano pouco diversificado e limitado ao núcleo familiar.

6.2.2 Situações de risco para incontinência urinária

A história urogenital é um importante componente na avaliação dos riscos para incontinência urinária, em ambos os gêneros¹⁴¹.

Dentre os participantes do gênero masculino, 12 (10,9%) deles foram submetidos à cirurgia de próstata (prostatectomia) e em relação ao gênero feminino, 21 (19,1%) delas submeteram-se a algum tipo de cirurgia ginecológica, exceto a cesárea (**Tabela 6**).

A próstata, glândula que integra a produção dos líquidos seminais, está localizada na base da bexiga. É atravessada em sua totalidade pelo canal da uretra e sua posição anatômica justifica o fato de ela ser considerada um fator causador de disfunções urinárias no homem ¹⁰⁷. Quando a mesma se encontra aumentada em seu tamanho, quer seja por processo inflamatório ou por crescimento tumoral, ela comprime o canal uretral a ponto de impedir de forma mecânica, a saída da urina¹⁴².

Somado a isso, a próstata se localiza nas proximidades de estruturas neurológicas responsáveis pela continência, a exemplo, o nervo pudendo ¹⁴². Durante as cirurgias de prostatectomia, há chances de ocorrência de lesões em nível esfinteriano e/ou em terminações nervosas, o que compromete a capacidade de continência da urina¹⁴³.

Dentre as complicações da prostatectomia, a IU é a mais aflitiva devido à incerteza da ocorrência de iatrogenias ¹⁴⁴. Algumas pessoas no período pós-operatório conseguem recuperar a continência em alguns dias, outras em semanas ou meses, porém há uma parcela deles em que isto não ocorre¹⁴³.

Cirurgias ginecológicas podem alterar a disposição interna dos órgãos da pelve, comprometendo a fisiologia da continência¹². O útero sustenta estruturas como bexiga e uretra, e a retirada do mesmo (histerectomia) pode interferir na configuração desses órgãos a ponto de comprometer a fisiologia urinária por meio de alteração na função de sustentação do soalho pélvico, acarretando em IU^{12; 111}.

Por outro lado, cirurgias de correção do períneo, cujo objetivo é reforçar as estruturas de sustentação dos órgãos e realocá-los com vistas a corrigir prolapsos de órgãos pélvicos, podem atuar como fator de proteção para a IU. Contudo, em longo prazo, há chances de reincidiva da perda a capacidade de continência¹¹¹.

Tabela 6: História urogenital dos 110 participantes segundo gênero. Juiz de Fora, Ago/2014.

Homens				Mulheres	
Cirurgia de próstata	N	%	Cirurgia ginecológica	N	%
não se aplica	42	38,2	não se aplica	40	36,4
sim	12	10,9	sim	21	19,1
não	56	50,9	não	49	44,5
Total	110	100	Total	110	100
História gestacional					
Número de gestações			Tipo de parto		
0	30	27,3	vaginal	57	51,8
1 ---4	14	12,7	cesária	6	5,5
4 ----7	22	20	forceps	2	1,8
7 ----10	14	12,7	não se aplica	45	40,9
10 ----13	5	4,5	Total	110	100
13 ----17	4	3,6	Número de abortos		
17 ---20	3	2,7	0	65	59,1
Não respondeu	16	14,5	1	16	14,5
Total	110	100	2	7	6,4
Número de partos			4	1	,9
0	30	27,3	5	2	1,8
1 ---4	16	14,5	6	1	,9
4 ----7	25	22,8	Não mencionaram	18	16,4
7 ----10	10	9,1	Total	110	100
10 ----13	7	6,3			
13 ----17	2	1,8			
17 ---20	2	1,8			
≥20 ---	1	0,9			
Não respondeu	17	15,5			
Total	110	100			

Fonte: As autoras.

Dentre os participantes do gênero feminino, 30 (27,3%) delas eram nulíparas, 36 (32,7%) tiveram de um a seis filhos e 26 (23,5%) de sete a 20 filhos. Em relação ao tipo de parto, 59 (53,6%) tiveram parto vaginal e destas, duas necessitaram de fórceps. (Tabela 6)

O parto normal é considerado fator desencadeante de IU devido ao risco de micro lesões nos músculos e nervos da pelve. Esta alteração é capaz de comprometer as estruturas responsáveis pela sustentação do soalho pélvico, uma vez que o processo de reconstituição desses tecidos pode ocorrer com formação de fibrose. O novo tecido fica então, incapaz de atender às demandas de contração e de força requeridas pelas atividades do cotidiano ¹¹⁹

Além disso, as incontinências que ocorrem entre as mulheres podem estar associadas ao parto vaginal quando técnicas como o fórceps e a episiotomia são utilizadas. Ambas podem causar lesões nas fibras musculares do músculo levantador do ânus e do músculo esfíncter da uretra, alterando a fisiologia da micção¹⁴⁵.

Outros fatores predisponentes para incontinências urinárias em ambos os gêneros são as doenças¹². Entre os participantes pesquisados, 96 (87,3%) afirmaram ter alguma doença

diagnosticada. Os maiores índices estavam entre as cardiovasculares, 84 (76,4%), as metabólicas, 32 (29,1%) e as osteoarticulares, 16 (14,5%). (Tabela 7)

A transição demográfica brasileira, associada a investimentos econômicos em saúde e tecnologia, mudou o perfil dos tipos de doenças que incidem sobre a população que possui 65 anos de idade ou mais⁶. As doenças parasitárias e infecciosas agora dão espaço às crônicas, associadas, sobretudo ao estilo de vida (ocupação, estresse) e comportamentos (alimentares, de prática ou não de atividade física e hábitos de consumir cigarro e bebidas alcoólicas)⁶⁷.

O diabetes *mellitus* (DM) é classificado como uma doença metabólica. Ela pode ocasionar alterações no sistema urinário tanto na fase inicial como a longo prazo, e de diferentes formas. Na fase inicial a concentração excessiva de glicose na urina atua como um irritante vesical e pode desencadear hiperatividade do músculo detrusor, traduzindo-se em desejos frequentes de urinar^{102: 146}.

Em longo prazo (5 a 10 anos), quando não tratado de forma adequada, o diabetes *mellitus*, pode gerar hipertrofia do músculo detrusor em função de sua hiperatividade crônica. Tal fato faz surgir uma redução na capacidade de complacência e contração da bexiga que justifica a ocorrência de incontinência por transbordamento e o surgimento de infecção urinária recorrente em decorrência ao volume significativo de urina residual^{102: 146}.

Tabela 7: Distribuição dos 110 participantes segundo presença e tipo de doença diagnosticada que possui. Juiz de Fora, Ago/2014.

Presença doença diagnosticada			N	%
	Sim		96	87,3
	Não		14	12,7

Tipo doença diagnosticada			N	%	Tipo doença diagnosticada			N	%
Cardiovasculares	sim		84	76,4	Digestiva	sim		3	2,7
	não		24	21,8		não		105	95,5
	não se aplica		2	1,8		não se aplica		2	1,8
	Total		110	100		Total		110	100
Respiratória	sim		8	7,3	Neoplásicas	sim		1	,9
	não		100	90,9		não		107	97,3
	não se aplica		2	1,8		não se aplica		2	1,8
	Total		110	100		Total		110	100
Metabólicas	sim		32	29,1	Osteoarticular	sim		16	14,5
	não		76	69,1		não		92	83,6
	não se aplica		2	1,8		não se aplica		2	1,8
	Total		110	100		Total		110	100
Autoimune	sim		1	,9	Órgãos dos sentidos	sim		6	5,5
	não		107	97,3		não		102	92,7
	não se aplica		2	1,8		não se aplica		2	1,8
	Total		110	100		Total		110	100
Psicossomáticas	sim		3	2,7	Infecção parasitárias	sim		1	,9
	não		105	95,5		não		107	97,3
	não respondeu		1	,9		não se aplica		2	1,8
	não se aplica		1	,9		Total		110	100
Genitourinárias	sim		1	,9	Outras	sim		12	10,9
	não		107	97,3		não		96	87,3
	não se aplica		2	1,8		não se aplica		2	1,8
	Total		110	100		Total		110	100

Fonte: As autoras.

O fato de o processo de coleta de dados, mesmo na fase do *survey*, ter sido realizado alcançando uma interação interpessoal, permitiu o estabelecimento de vínculos de confiança e segurança por parte dos entrevistados com a pesquisadora. Tal estratégia, associada à utilização de um diário de campo, permitiu confirmar algumas respostas dos entrevistados para as quais as questões apresentadas tangenciaram a abordagem. Uma delas foi o relato dos participantes sobre o tipo de doença em curso e medicação em uso (Tabelas 7 e 8).

Tabela 8: Distribuição dos 110 participantes segundo medicações em uso nos últimos 30 dias. Juiz de Fora, Ago/2014.

Uso de medicamento (≤30dias)							
		N	%			N	%
	sim	95	86,4				
	não	15	13,6				
	Total	110	100				
Classe medicamentosa		N	%	Classe medicamentosa		N	%
Antihipertensivo	não se aplica	8	7,3	Broncodilatador	não se aplica	8	7,3
	sim	77	70,0		sim	2	1,8
	não	25	22,7		não	100	90,9
	Total	110	100		Total	110	100,0
Cardiotônico	não se aplica	8	7,3	Corticoide	não se aplica	8	7,3
	sim	8	7,3		sim	3	2,7
	não	94	85,5		não	99	90,0
	Total	110	100,0		Total	110	100
Diurético	não se aplica	8	7,3	Hipoglicemiante oral ou insulina	não se aplica	8	7,3
	sim	31	28,2		sim	27	24,5
	não	71	64,5		não	75	68,2
	Total	110	100		Total	110	100
Vasodilatador	não se aplica	8	7,3	Cálcio	não se aplica	8	7,3
	sim	2	1,8		sim	5	4,5
	não	100	90,9		não	97	88,2
	Total	110	100,0		Total	110	100,0
Antibiótico	não se aplica	9	8,2	Antiinflamatório	não se aplica	8	7,3
	sim	3	2,7		sim	12	10,9
	não	98	89,1		não	90	81,8
	Total	110	100		Total	110	100
Vitamina	não se aplica	8	7,3	Antidepressivo	não se aplica	8	7,3
	sim	2	1,8		sim	12	10,9
	não	100	90,9		não	90	81,8
	Total	110	100		Total	110	100
Outros	não se aplica	8	7,3	Hormônio	não se aplica	8	7,3
	sim	12	10,9		sim	1	,9
	não	90	81,8		não	101	91,8
	Total	110	100		Total	110	100

Fonte: As autoras.

Houve a oportunidade de conferência das medicações em uso e, quando analisadas à luz das doenças mencionadas, permitiu a realização de uma análise comparativa entre doenças/medicações/tratamento. Esta análise comparativa evidenciou tendência para adesão ao tratamento da hipertensão arterial (76,4%), uma vez que o uso de anti-hipertensivos foi de 70% e ao tratamento do diabetes (29,1%) pelo uso dos hipoglicemiantes ou insulina (24,5%), sendo as doenças cardiovasculares e metabólicas registradas circunscritas a esta situação em decorrência da credibilidade que se pode atribuir às informações obtidas (Tabelas 7 e 8).

Cabe mencionar que houve adesão dos participantes para as estratégias utilizadas pelos profissionais da unidade de saúde a que estão vinculadas, embora esta unidade não disponha de ESF, conforme mencionado na caracterização do cenário de investigação.

Apesar de atuarem segundo modelo tradicional, os profissionais da unidade de saúde cumprem seus objetivos programáticos de cobertura para o programa do HiperDia ¹⁴⁷(consultas periódicas para controle do diabetes e hipertensão entre população diagnosticada) e mantêm cobertura de atendimento aos entrevistados. Tal fato foi evidenciado durante a entrevista individual na qual houve, por parte dos entrevistados, a solicitação e/ou oportunidade da entrevistadora para avaliar o cartão de consultas. Foram agregadas outras informações aos documentos e registros consultados em *locus*. Estas informações versaram sobre o conteúdo abordado pelos profissionais da unidade de saúde durante a última consulta, segundo a capacidade de rememoração dos entrevistados.

É válido ressaltar que os entrevistados, embora tenham mencionado utilizar diuréticos (28,2% e este ser fator de identificação da urgência miccional^{108; 148}), negaram ter doenças do aparelho genitourinário em 97,3% (**Tabela 7**).

A incidência de incontinência urinária foi aferida neste questionário via identificação da mesma como doenças do aparelho genitourinário e foi mencionada por apenas um entrevistado (0,9%). Na literatura a incidência de incontinência urinária entre pessoas idosas não foi corroborada com dados da presente investigação, nesta forma de abordagem^{76; 149}.

A explicação para o baixo reconhecimento (in)direto da incontinência urinária, pode ser atribuída: ao fato de ela não ser identificada como uma doença na dimensão dos participantes ou ser considerada constrangedora por eles a ponto de lhe inibir o relato^{76; 100}.

Dentre os determinantes para a incontinência urinária encontram-se também comportamentos de risco, como tabagismo e etilismo³⁶.

A nicotina é considerada um agente vesico-irritante, capaz de causar hiperatividade do músculo detrusor. Além disso, o cigarro predispõe tosse crônica, o que aumenta a pressão intra-abdominal e favorece o aparecimento da IU. De modo similar à nicotina, o álcool se constitui em um agente vesico irritante capaz de conferir risco ao processo de continência^{18; 36}.

Entre os participantes, 24 (21,8%) eram fumantes ativos e 14 (12,7%) consumiam algum tipo de bebida alcoólica, e destes seis (5,5%) com frequência diária (**Tabela 9**). O uso de tabaco e álcool foi considerado abaixo dos encontrados em outras investigações cujo perfil dos participantes incluía baixa escolaridade e moradora de uma região caracterizada por difícil acesso ao lazer e atividades culturais^{150; 151}.

Tabela 9: Distribuição dos 110 participantes para o comportamento de fumar e beber. Juiz de Fora, Ago/2014.

Fuma	N	%	Bebe		
sim	24	21,8	sim	14	12,7
não	86	78,2	não	88	80
Total	110	100	ex-usuário	8	7,3
			Total	110	100
			Frequência de uso de bebida		
			não usa	89	80,9
			socialmente ou esporadicamente	7	6,4
			semanalmente	3	2,7
			2 a 3 vezes na semana	5	4,5
			diariamente	6	5,5
			Total	110	100

Fonte: As autoras.

Os dados referentes à incidência de incontinência urinária, frequência, quantidade e situação em que há a perda de urina, bem como o impacto na vida diária foram mensurados a partir da escala ICIQ-SF.

Entre os 110 participantes, 69 (62,7%) não relataram perder urina quando indagados e 41 (37,3%) afirmaram ter alguma perda. A frequência, quantidade de urina perdida e a ocasião em que tal fato ocorria foram descritas na **Tabela 10**.

O processo de envelhecimento, embora fisiológico, está diretamente relacionado à menor capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga, favorecendo o surgimento da IU¹¹⁵ e justificando índices maiores de IU em pessoas idosas quando comparadas às outras faixas etárias e situações transitórias como a gestação e o puerpério^{119; 152}.

Cabe mencionar que a variabilidade de incidência de incontinência urinária descrita na literatura é muito ampla devido à variedade e peculiaridade que envolve os delineamentos das populações investigadas. Os dados de incidência encontrados estão de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ou seja, de 30 a 60% entre população com ≥ 60 anos de idade, variando segundo o grau de fragilidade da pessoa idosa^{12; 67}. A presente investigação não incluiu entre os seus participantes aqueles que estivessem acamados e/ou internados, o que diminuiu a vulnerabilidades deste grupo para o evento das incontinências urinárias.

Há estimativas que consideram a incidência de IU de 30% dos idosos que vivem em comunidade, 40% dos que se encontram em ambiente hospitalar e 50% dos que vivem em instituições de longa permanência ¹⁰⁰.

O aumento da incidência de IU em decorrência do envelhecimento populacional é fato determinado para os próximos 13 anos, segundo uma investigação norueguesa de delineamento longitudinal. Apesar de o Brasil não possuir pesquisa equivalente, é possível inferir em relação ao

aumento dos casos de IU entre a população baseado em critérios censitários nacionais combinados com evidências científicas divulgadas sobre a temática em diferentes perfis amostrais^{6: 149 153}.

Em relação ao tipo de incontinência urinária, a de urgência apareceu em 80,48% dos entrevistados, sendo que 46,3% deles perdiam urina de duas a três vezes na semana, e 22% perdiam diversas vezes ao dia (**Tabela 10**).

Embora a ICS classifique a IUE como sendo a mais frequente, podendo acometer até 50,1% dos casos, outras pesquisas que utilizaram a escala ICIQ-SF corroboraram o fato de a presença de IUU superar a de esforço, conforme identificado na presente investigação ^{149: 154}.

Um estudo de prevalência de incontinência urinária entre pessoas idosas com características que se aproximam à população da presente investigação encontrou como situação urinária mais comum o fato de não conseguir chegar a tempo ao banheiro, caracterizando IU de urgência ¹⁴⁹.

Cabe ressaltar que as pesquisadoras reconhecem que este dado traduz apenas a situação de perda urinária relatada pelos investigados. Para diagnóstico fidedigno do tipo de incontinência é necessário comprovar a associação entre queixa da pessoa investigação, exame clínico confirmatório e de urodinâmica, fato que não constitui o escopo da presente investigação¹⁵⁵.

Tabela 10: Distribuição da incidência de incontinência urinária entre os 110 participantes segundo escala ICIQ-SF. Juiz de Fora. Ago/2014.

Característica		Categorias	N	%
Tipo de incontinência urinária **		IU de esforço	7	
		IU de urgência	33	
		IU mista	6	
Frequência que perde urina		1vez/semana ou menos	19	46,3
		2 ou 3 vezes/semana	8	19,5
		1vez ao dia	5	12,2
		Diversas vezes ao dia	9	22
		Total	41	100
Quantidade estimada de perda urina		Pequena	29	70,7
		Moderada	10	24,4
		Grande	2	5
	Total	41	100	
Interferência na vida diária	Nível interferência	0	15	36,6
		1-3	1	2,4
		3-6	9	22
		6-9	12	29,3
		10	4	9,7
	Total	41	100	
Ocasião em que perde urina **		Antes chegar banheiro	33	73,5
		Qdo tusso ou espirro	7	15,5
		Qdo estou dormindo	4	8,8
		Qdo faço atividade física	-	
		Qdo terminei de urinar e estou me vestindo	1	2,2
Total			45	100

Nota das autoras: * Aferição realizada com auxílio de escala tipo *Likert*; ** pode haver mais de uma opção não totalizando em 100%

A interferência da perda de urina na vida diária foi aferida a partir de uma escala com variação de um a dez pontos, em que 29,9% atribuíram escore de 6 a 9 pontos e 9,7% utilizou o escore máximo para exprimir o impacto que a perda de urina tem em sua vida (Tabela 10).

Apesar de ser considerada uma morbidade silente, com baixa procura espontânea por tratamento, a IU se apresenta como um fator de impacto sobre as atividades diárias^{76; 114}. Além disso a IUU é abordada na literatura como mais impactante para as atividades diárias quando comparada aos demais tipos, visto que ao sentir o desejo miccional é necessário interrupção imediata das atividades, que estavam sendo realizadas¹⁵⁶. Fato este que limita a inserção da pessoa com IU em atividades quotidianas e de trabalho ¹⁵⁷.

A partir da mensuração da incidência de incontinência urinária foi possível vislumbrar associações dela com alguns fatores de risco (morbidades, medicações, procedimentos/tratamentos) (Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição da associação entre variáveis intervenientes e o surgimento de incontinência urinária nos 110 participantes. Juiz de Fora, Ago/2014.

Variáveis intervenientes	Incontinente		Sem incontinência		p-valor	Variáveis intervenientes	Incontinente		Sem incontinência		p-valor
	N	%	N	%			N	%			
HAS						Respiratórias					
Presente	34	82,9	50	72,5	0,328	Presente	5	12,2	3	4,3	0,179*
Ausente	7	17,1	17	24,6		Ausente	36	87,8	64	92,8	
Não se aplica				2,9		Não se aplica				2,9	
DM						Cirurgia Próstata					
Presente	13	31,7	19	27,5	0,510	Presente	2	4,9	10	14,5	0,057*
Ausente	28	68,3	48	69,6		Ausente	18	43,9	38	55,1	
Não se aplica				2,9		Não se aplica				30,4	
Cirurgia ginecológica						Tipo de parto					
Presente	4	9,8	17	24,6	0,44	Vaginal	23	88,5	36	92,3	0,600*
Ausente	24	58,5	25	36,2		Não vaginal	3	11,5	3	7,7	
Não se aplica											
Diurético						Hipoglicemiante ou insulina					
Usa	13	31,7	18	26,1	0,665	Usa	10	24,4	17	24,6	0,749*
Não usa	26	63,4	45	65,2		Não usa	29	70,7	46	66,7	
Não se aplica											
Comportamento de fumar						Comportamento de beber					
Usa	8	19,5	16	23,2	0,420	Usa	6	14,6	8	11,6	0,840*
Não usa	33	80,5	53	76,8		Não usa	35	85,3	61	88,4	

Nota das autoras: * Cálculo comprometido devido ao fato de haver menos de cinco elementos na tabela de contingência. Juiz de Fora, Ago/2014.

Fonte: As autoras

Embora o DM seja trazido pela literatura como um fator de risco para instalação da IU, quer seja na fase inicial ou quando cronificada por falta de tratamento, ela não apresentou significância estatística (p valor = 0,510) quando associado aos índices de incontinência (**Tabela 11**).

Apesar dessa correlação também não aparecer em outros estudos semelhantes^{149; 152; 158} acredita-se que a forte adesão ao tratamento da DM entre os participantes tenha sido um viés em função da não manifestação de agravos urinários em decorrência desta morbidade.

Entre os pesquisados não houve associação entre o tipo de parto (p valor = 0,600), cirurgia de próstata (p valor = 0,057) e comportamentos de riscos como consumo de cigarro (p valor = 0,420) e de bebida alcoólica (p valor = 0,840) (**Tabela 11**). Apesar de a pesquisa ter sido realizada com amostra completa, a mesma foi insuficiente para o cálculo de associação entre esses fatores descritos e a IU.

6.2.3 Incontinência urinária e qualidade de vida

O fato de na literatura o teste KHQ-SF ser recomendado para uso em mulheres e diante de haver entre os participantes, homens com incontinência, suscitou sua aplicação entre eles e justificou a realização de um teste *t* com amostras independentes.

Na análise da avaliação da qualidade de vida entre os pesquisados com incontinência urinária relatada, utilizando da escala KHQ-SF, foi possível identificar as frequências das variáveis intervenientes sobre a qualidade de vida, conforme consta do **Anexo 5**, sendo identificado por meio do teste *t* para uma amostra *p* valor = 0,00 o que demonstra a significância estatística.

Em relação às variáveis intervenientes sobre a qualidade de vida, as que apresentaram média ponderada mais elevada foram: auto avaliação do estado de saúde (MP 44,5%); o quanto a IU afeta a vida (41,1%) e às limitações sobre as atividades diárias (57,3%), que se referem ao segundo domínio (**Tabela 12**).

Tabela 12: Escore da escala KHQ-SF e teste *t* para uma amostra. Juiz de Fora, Ago/2014.

Variáveis intervenientes sobre a qualidade de vida	MP* (%)	Min	Max	Média	Desvio Padrão	t	df	p-valor	Diferença média	95% IC min	max
1. Autoavaliação estado saúde	44,5	0	5	1,05	1,616	6,784	109	,000	1,045	,74	1,35
Domínio 1: Impacto da incontinência											
2. Afeta vida	41,1	0	4	,75	1,221	6,484	109	,000	,755	,52	,99
Domínio 2: Limitações das atividades diárias											
3. Afeta tarefas domésticas	21,4	0	4	,55	,925	6,291	109	,000	,555	,38	,73
4. Afeta trabalho fora casa	57,3	0	4	,92	1,409	6,837	109	,000	,918	,65	1,18
Domínio 3: Limitações físicas											
5. Afeta atividades físicas	23,2	0	4	,57	,953	6,305	109	,000	,573	,39	,75
6. Afeta viagens	21,4	0	4	,55	,954	6,097	109	,000	,555	,37	,73
Domínio 4: Limitações sociais											
7. Afeta vida social	23,3	0	4	,57	1,018	5,902	109	,000	,573	,38	,77
8. Afeta contato amigos	18,8	0	4	,53	,926	5,974	109	,000	,527	,35	,70
Domínio 5: Relações pessoais											
9. Afeta vida parceiro	19,7	0	5	,56	1,105	5,350	109	,000	,564	,35	,77
10. Afeta vida sexual	15,2	0	5	,51	,936	5,705	109	,000	,509	,33	,69
11. Afeta vida familiar	11,6	0	4	,45	,750	6,358	109	,000	,455	,31	,60
Domínio 6: Emoções											
12. Sinta-se deprimido	17,8	0	4	,52	,885	6,138	109	,000	,518	,35	,69
13. Fique ansioso	19,6	0	3	,54	,853	6,593	109	,000	,536	,38	,70
14. Se sinta mal	17,8	0	3	,52	,843	6,447	109	,000	,518	,36	,68
Domínio 7: Sono e disposição											
15. Interfere no sono	14,3	0	4	,48	,832	6,073	109	,000	,482	,32	,64
16. Interfere descanso	16,1	0	4	,50	,865	6,065	109	,000	,500	,34	,66
Medidas de gravidade											
17. Requer uso penso	26,8	0	4	,61	1,067	5,985	109	,000	,609	,41	,81
18. Limita ingestão hídrica	34,9	0	4	,69	1,163	6,229	109	,000	,691	,47	,91
19. Trocar roupa íntima	36,7	0	4	,71	1,222	6,087	109	,000	,709	,48	,94
20. Preocupar com odor	34	0	4	,68	1,180	6,058	109	,000	,682	,46	,90
21. Ficar envergonhado	34	0	4	,68	1,141	6,268	109	,000	,682	,47	,90

Nota das autoras: MP: média ponderada calculada a partir da frequência de ocorrência em cada ponto da escala *likert*, dividido pelo número de participantes com incontinência urinária expresso em percentual.

Fonte: As autoras.

A elevada média ponderada em relação ao domínio “limitações das atividades diárias” vem corroborando com o resultado encontrado a partir da aplicação da escala ICIQ-SF (**Tabela 10**), sendo a maior limitação atribuída às atividades realizadas fora de casa. Novamente a associação entre a IUU, mais recorrente entre os participantes, poder atuar como justificativa para média ponderada ser mais elevada neste domínio.

A IUU condiciona à capacidade de realização de tarefas diárias à facilidade de acesso a banheiros. A dificuldade em se encontrar sanitários públicos em quantidade e condições satisfatórias de uso, torna-se um fator de exclusão das pessoas com incontinência urinária, sobretudo a de urgência^{33; 114}.

Dentre as variáveis que dizem respeito à gravidade da IU estão: o uso de pensos (26,8%); limitação ingestão hídrica (34,9%); troca roupa íntima molhada (36,7%); preocupar-se com odor (34%) e ficar envergonhado (34%). As mesmas obtiveram médias ponderadas elevadas quando comparadas a outros domínios, porém não chegam a caracterizar a IU entre os participantes como severa¹¹⁴.

Os episódios de perda de urina podem ocorrer em diferentes situações do cotidiano, podendo causar redução da capacidade funcional e morbidades dentre os afetados. Alterações psicossociais, exclusão do meio social como forma de proteção dos incômodos provocados pelas perdas urinárias são características comuns em quem tem incontinência urinária¹¹⁴.

O controle da ingestão de líquidos ocorre como tentativa de redução da perda de urina, porém se traduz como um risco para infecção do trato urinário baixo e dano renal¹⁵⁹. Outra forma de controle da perda de urina é o uso descontinuado do diurético (quando prescrito), comprometendo o tratamento da hipertensão arterial, que é contínuo, e colocando em risco o funcionamento cardiovascular¹⁶⁰.

Os dados obtidos a partir da escala de avaliação do impacto da incontinência urinária sobre a qualidade de vida permitiu correlacionar a quantidade de urina perdida (mensurada segundo escala ICIQ-SF) e a situação mais comum de perda de urina.

As correlações entre todos os domínios da escala de qualidade de vida em relação à quantidade de urina perdida apresentaram significância estatísticas, com p valor =0,000, porém em relação à situação de perda de urina mais comum (antes de chegar ao banheiro), os valores estatísticos não foram significantes (**Tabela 13**).

Tabela 13: Correlação entre quantidade estimada de perda de urina e o impacto sobre o cotidiano. Juiz de Fora, Ago/2014

Situações de IU e seu impacto sobre a qualidade de vida							
	Correlações e p-valor	Perder urina antes chegar banheiro	Autopercepção quantidade de ur que perde		Correlações e p-valor	Perder urina antes chegar banheiro	Autopercepção quantidade de ur que perde
Autoavaliação estado de saúde	Pearson Sig. (2 ext)	-,086 ,370	,649** ,000	Afeta vida familiar	Pearson Sig. (2 ext)	,011 ,909	,646** ,000
Afeta vida	Pearson Sig. (2 ext)	-,069 ,474	,677** ,000	Faz se sentir deprimida	Pearson Sig. (2 ext)	-,013 ,895	,596** ,000
Afeta seu trabalho ou tarefas domésticas	Pearson Sig. (2 ext)	-,037 ,703	,719** ,000	Faz com que fique ansioso	Pearson Sig. (2 ext)	-,033 ,731	,691** ,000
Atrapalha seu trabalho/atividades fora de casa	Pearson Sig. (2 ext)	-,055 ,568	,657** ,000	Faz com que fique mal consigo	Pearson Sig. (2 ext)	,000 ,999	,670** ,000
Afeta atividades físicas	Pearson Sig. (2 ext)	-,030 ,759	,645** ,000	Afeta o seu sono	Pearson Sig. (2 ext)	,027 ,777	,589** ,000
Afeta viagens	Pearson Sig. (2 ext)	-,036 ,712	,670** ,000	Faz sentir cansado ou esgotado	Pearson Sig. (2 ext)	,059 ,537	,582** ,000
Afeta vida social	Pearson Sig. (2 ext)	-,028 ,774	,616** ,000	Faz usar forros ou pensos	Pearson Sig. (2 ext)	-,005 ,961	,564** ,000
Afeta os contatos com os amigos	Pearson Sig. (2 ext)	-,003 ,976	,630** ,000	Faz com que você limite ingesta de líquidos	Pearson Sig. (2 ext)	-,006 ,947	,555** ,000
Afeta relacionamento com parceiro(a)	Pearson Sig. (2 ext)	-,013 ,896	,427** ,000	Faz com que você troque roupa íntima	Pearson Sig. (2 ext)	-,057 ,551	,600** ,000
Afeta vida sexual	Pearson Sig. (2 ext)	,040 ,680	,517** ,000	Gera preocupação com odores/cheiro	Pearson Sig. (2 ext)	-,023 ,809	,605** ,000
				Faz ficar envergonhado	Pearson Sig. (2 ext)	-,004 ,966	,648** ,000

Nota das autoras: **Correlação com nível de significância 0.01 (2-tailed).

Fonte: As autoras.

Relacionar a quantidade de urina perdida com o impacto sobre a qualidade de vida permite compreender que mesmo com quantidades pequenas e médias de perda de urina, a mesma pode ocasionar impacto em todos os fatores relacionados à qualidade de vida.

A divergência entre o relato de incontinência urinária em curso a ponto de gerar impacto sobre a vida diária e social, quando analisada à luz da baixa procura por tratamento poderia ser minimizada com a realização de busca ativa das pessoas com ≥ 65 anos de idade, para fins de ações de caráter preventivo da incontinência e reabilitatório para o processo de continência^{100; 114}.

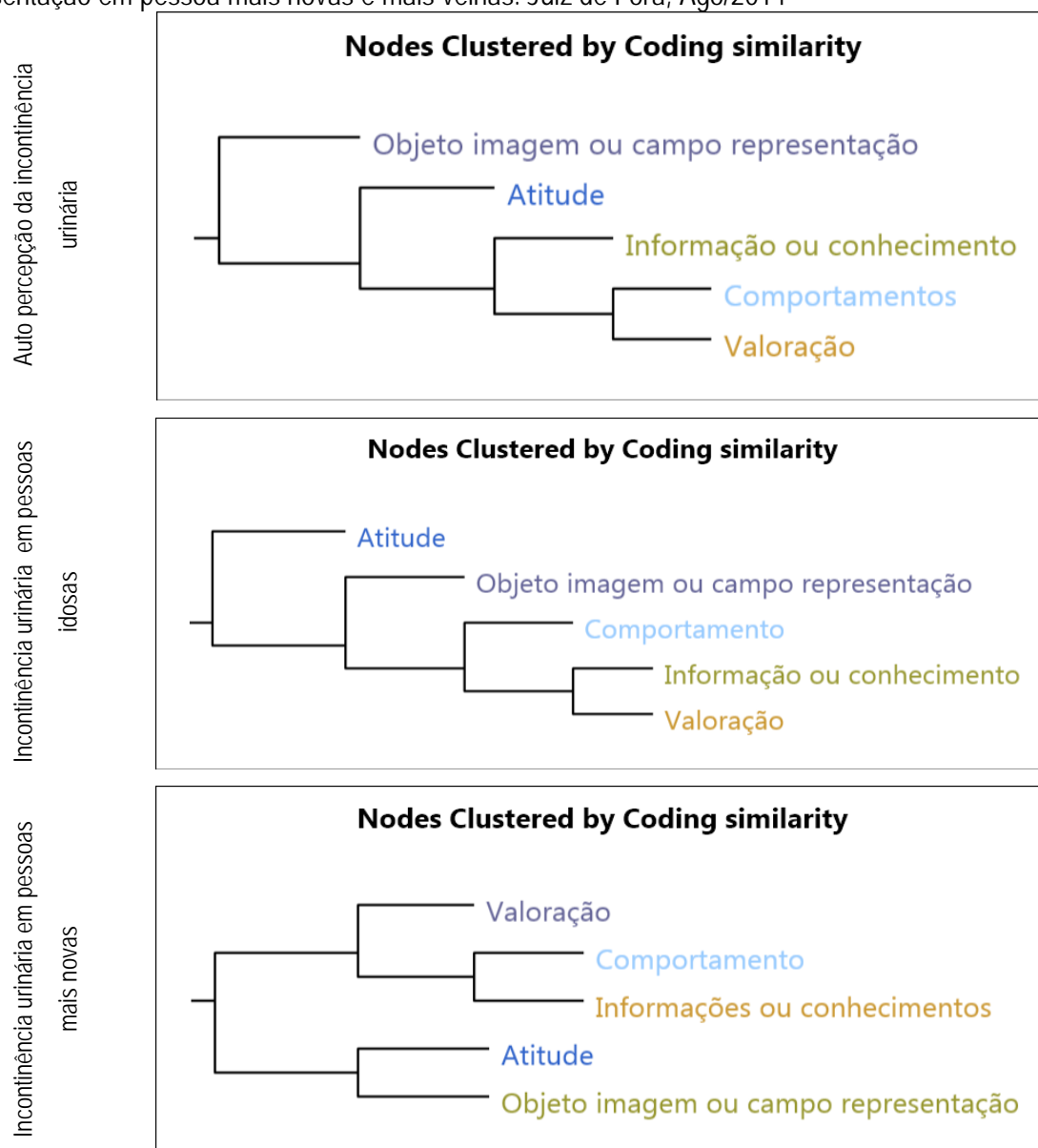
6.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A busca pela representação social a respeito da incontinência urinária foi realizada utilizando da abordagem estrutural e processual que serão respectivamente abordadas a seguir.

Para favorecer o entendimento das peculiaridades que envolveram os participantes nos conteúdos de representações sociais captados, os resultados foram discutidos simultaneamente visando: evidenciar a riqueza e coerência dos posicionamentos; validar as duas abordagens; favorecer a compreensão da concepção mencionada nos unitermos por ocasião da técnica de evocação a partir da técnica processual e enriquecer a investigação com fragmentos do discurso emitido pelos próprios participantes.

Na tentativa de captar a forma como a representação social foi construída, o conteúdo dos discursos emitidos pelos participantes foram categorizados em três eixos: a auto percepção da incontinência urinária; sua ocorrência entre pessoas idosas e sua ocorrência entre pessoas mais novas a partir do qual foi possível elencar os conteúdos de representação obtidos na fase processual das representações sociais, conforme consta nos dendogramas apresentados a seguir (**Figura 10**).

Figura 10: Dendogramas explicativos da articulação dos elementos das representações sociais processual em situações da incontinência urinária na perspectiva da auto percepção e de sua representação em pessoa mais novas e mais velhas. Juiz de Fora, Ago/2014



A representação social sobre a incontinência urinária na perspectiva de algo que ocorre ou pode ocorrer em si, contemplou o objeto ou o campo representacional como nuclear. Foram expressões exemplificadoras:

Ent60: "Porque o que a gente não quer para gente, a gente não deseja para o outro".

Ent57: "Já tenho, mas pode piorar né?!"

Ent90: "É possível né?! Deus ajude que não. Porque, às vezes, a gente está na rua e não pode andar depressa".

Ent97: "E olha que eu não tive esse problema, porque eu fui uma velha que não ficou velha. Olha, eu tenho osteoporose, seríssima, mas nada disso me atrapalha a minha existência...".

Ent93: "Ah! Pode né?! Como eu estou vendo minha mãe.... Ela era tão vaidosa. Espero que

não, né?! Farei o possível para que não aconteça comigo".

Ent09: "porque a vida hoje em dia é assim: se você sofre, o outro sofre também. Se o outro faz, o outro faz também em caso de coisa boa, né? Coisa ruim não faço nem desejo Vou prejudicar uma pessoa, porque?"

A convivência social possibilitou a construção de formas de conceber como poderia, ou é ter/estar com incontinência urinária a partir das informações que tem acesso ou das situações que tem conhecimento e que puderam ser corroborados com fragmentos dos discursos dos sujeitos, conforme consta a seguir:

Ent01: "Nem imagino porque eu não tenho".

Ent1032: "Olha! Isso pode acontecer com qualquer pessoa. De acordo com o que a pessoa usa, alimentação, a pessoa não pode beber, mas bebe".

Ent104: "Eu acho que eu estou (com IU) assim muito cedo! Mas eu tenho a minha opinião. Eu acho que essa fraqueza toda que eu tenho daqui para baixo...".

Ent36: "Ah! Depende da pessoa. Acontece porque o organismo da pessoa está muito fraco pra tentar segurar. Eu acho que precisa de um tratamento... eu acho que é da idade".

Os conhecimentos e informações por sua vez foram compostos a partir dos conteúdos dos comportamentos que presenciaram ou vivenciaram no processo de convivência social e pela valoração que compartilham com os outros, quer sejam originadas ou corroboradas em si e/ou nos outros. Foram exemplos identificados:

Ent49: "Eu costumo perder, como eu estava te falando, porque, às vezes, eu estou subindo essa murraria aí... e aí não dá tempo de segurar, e quando chego aqui em cima já fiz xixi. A calcinha está molhada e, às vezes, até na perna da calça cumprida".

Ent61: "Ah! não sei porque, se eu estiver na cidade, eu consigo chegar em casa, mas tem gente que não consegue não"..

Ent14: "Um dia eu foi num baile com a urina solta. Tinha que ir no banheiro e eu tenho uma colega que toma cerveja, né? E ela tomava e mijava cerveja. Aí ela tomava e eu tomava de companhia. Aí eu falei: não posso tomar não, porque eu urino perna abaixo. Aí eu ia no banheiro e colocava coisa (forro)".

Ent100: "Nunca passei (IU), graças a Deus".

Ent101: "Eu consigo segurar mas é difícil".

Ent46: "Dá aquela impressão de que se piorar não tem jeito não e no final da vida piora, né?!"

Ent60: "Eu nem penso, nossa senhora, misericórdia! Isso aí se acontecer... Eu peço a Deus para isso nunca acontecer comigo nem com ninguém".

O conteúdo dos discursos, mesmo entre pessoas com incontinências, não versou sobre os objetos que retratam os elementos representacionais clássicos e sim constituíram em reflexões sobre possibilidades e sobre como o participante se analisa comparativamente com outras pessoas. Tais fragmentos de texto se traduzem em concepções de saúde percebida, elaboradas a partir da análise comparativa entre sua própria situação e a de outras pessoas.

A representação social sobre a incontinência que ocorre em pessoas mais novas foi estruturada a partir da valoração fato que fez emergir conteúdos contemplando formas dicotômicas para retratarem a aceitação/não aceitação, a busca por tratamento ou a possibilidade de evitar sua ocorrência.

Ent101: "Será que tem?! Acho estranho, a não ser que seja criança"

Ent102: "Ah! Mais novo eu acho que não acontece isso. Não é possível!... Agora, adolescente, 12 anos... Se ele quiser urinar existe um poste, uma parada... um banheiro para ele pedir para usar, não?! Ele tem controle de cabeça. Agora, o controle (...) como se diz, quando o organismo não respeita... se você segura e o organismo não respeita... aí você faz na roupa".

Ent103: "O meu filho que faleceu já estava fazendo tudo na roupa. Ele ficou diabético, mas não quis parar de beber. A gente levava ao médico e ele fugia da gente. Foi assim até morrer".

Ent42: "Conheci um rapaz que até já morreu e tinha justamente esse problema. Tinha uns 15 anos, morávamos lá em local x, e já íamos sair, ele gostava muito de calça branca coitado... aí quando já íamos indo... coitado! Fez xixi na roupa e ficou com vergonha da gente, aí ficou com medo de trocar a roupa de novo e acontecer a mesma coisa. Aí ele não foi".

O processo de valoração estruturou comportamentos, informações e conhecimentos advindos de situações próprias ou de terceiros e foram exemplificados a seguir com fragmentos dos discursos dos sujeitos.

Ent39: "Porque quem dá um espirro e o xixi sai. Está com a urina solta"

Ent53: "As pessoas, às vezes, têm vergonha de falar, então não fala, e a gente, às vezes, fica sem jeito de perguntar, né?! (...) Ir ao médico né?! Pro médico ver, porque alguma coisa está acontecendo".

Ent54: "Às vezes dá aquela vontade e não dá tempo de ir ao banheiro, aí fica meio chato".

Ent56: "Os meus meninos faziam xixi na cama, muito mesmo. Eu tinha que forrar o colchão com plástico. Os dois fizeram xixi até ficar mais velho. Outro que mora aqui embaixo fez xixi até 10 anos de idade. E tem uma saúde de ferro, fiz o cartão do INPS pra ele e sabe que ele nunca precisou consultar?!"

Ent65: "Minha irmã era assim. Às vezes, no ônibus ela tinha essa incontinência. Às vezes dava cheiro na roupa né?!... Ela era mais nova".

Ent100: "Eu acho que deve fazer um tratamento, porque é a única solução. Porque ele tem que ir ao médico".

Ent102: "Igual às crianças aqui, tudo nova que eu criei eu falava: "menina já está na hora de acabar com essa fralda! Na hora que você quiser você pede". Aí acabou. É tudo incentivo"

Ent46: "Conheço. Minha filha mesmo fala: "mãe, se serve de consolo, eu também faço xixi nas calças". Minha filha mais nova, porque ela pega muito peso".

O fato de o objeto/imagem e as atitudes concebidas como forma de pensar sobre o objeto "incontinência urinária" serem alocadas em categorias de endentações semelhantes no esquema do dendograma possibilitou algumas reflexões.

Foi possível considerar que a representação social, na abordagem de sua ocorrência em pessoas mais jovens, contém elementos consolidados que foram construídos a partir das experiências e da proximidade do conteúdo na vida dos participantes. Isto porque houve

possibilidade do conteúdo “incontinência urinária entre pessoas mais jovens” ter sua ancoragem e sua objetivação consolidada na experiência do grupo socialmente contextualizado. Isto equivale a dizer que as pessoas idosas já presenciaram sua ocorrência entre aqueles que se encontram com uma idade mais nova a que possuem atualmente e pode ser exemplificado com expressões dos próprios sujeitos, conforme explicitado a seguir:

Ent82: “Eu acho também que, às vezes, eles podem ter o problema e não comunicam a gente, então a gente fica sem passar a entender o problema dele também”

Ent86: “Ah! Neste caso aí, tem algum problema. Tem que procurar um médico”.

Ent91: “Novo não tem desculpa, é um troço muito chato mesmo”.

Ent54: “Molhar a roupa”.

Ent51: “Sair pra cidade e dar vontade de fazer xixi na rua, é danado né?”

Ent96: “A pessoa nova e não ter como segurar a urina”.

No conteúdo das representações foi possível perceber o grau de gravidade que oscilou entre comum e preocupante, a valoração de mais grave a menos grave e de terrível a aceitável. Todas estas formas representacionais foram construídas a partir da comparação entre as experiências/vivências dos participantes ao serem confrontadas com as das gerações mais novas. Foram dois núcleos contemplados: os mais novos do núcleo familiar (próprios filhos, netos e sobrinhos) e os mais novos do núcleo social (companheiros, contemporâneos). Estas percepções podem ser identificadas nos relatos dos sujeitos, conforme descrito a seguir:

Ent70: “A fulana tem, a fulana tem demais... Ela tem quase tudo que eu tenho e é mais nova, 20 anos mais nova (...) É horrível porque ela tem marido, eu não tenho. Mas se eu tivesse eu também teria, mesmo ele sendo velhinho eu teria vergonha”.

Ent66: “Eu tenho um caso de um conhecido meu que estava com esse problema. Ele é até mais novo do que eu. Estava prejudicando no exercício da profissão dele. Ele dizia que conversava com o médico dele e o médico explicava que não precisava fazer cirurgia, aí ele explicou para o médico: “Ah! Então o senhor gostaria de ter um funcionário que toda hora precisa sair para ir ao banheiro de 5 em 5 minutos?” Estava atrapalhando muito a vida profissional dele”.

Ent60: “É esses eu também já cheguei a ver, mas quando acontecia alguma coisa eles usavam as bebidas, as drogas. Eles bebiam muito e ficavam sem força, sem jogo para poder se controlar aí é aonde acontecia fazer xixi ou até alguma coisa a mais na roupa. Porque eles não tinham força para fazer o movimento. Bebiam muito e ficavam sem jogo, esses aí os mais novos!”.

Ent75: “Algum problema é. O meu sobrinho que é assim. Quando eu saía com ele para algum lugar ele toda hora dizia: “Ah! Peraí que eu já volto”. Eu acho que até hoje ele não segura o xixi. Mas também ele piorou depois que ele internou e voltou, ele piorou muito. Aí ele não segurava o xixi não”.

Ao referir-se a representação social sobre incontinência urinária na perspectiva de pessoas mais velhas foi possível identificar que em alguns casos os sujeitos se incluíram em seus

comentários e em outros eles se julgaram não pertencentes ao grupo de serem idosos. Tal fato permitiu apreender perspectivas implícitas e explícitas que foram contempladas em seus discursos.

A forma de articulação da representação social foi elaborada a partir de informações ou conhecimentos e valores, ou seja, conteúdos acessados da convivência social conforme elucidada os fragmentos de fala exemplificadores apresentados a seguir:

Ent102: "Eu já vi muitas pessoas... A gente flagra. Mas também não fala nada para não... para não ficar ruim. Mas eu já vi várias pessoas de repente pararem em um lugar e quando vê a calça molhar tudo. Aqui mesmo em no bairro eu já vi. Ali embaixo".

Ent39: "Minha mãe fazia xixi normal, e não reclamava nada de fazer xixi à toa. Mas vizinho sempre tem, costuma ter aquele problema que arder o canal, a dona Fulana da rua X se queixa".

Ent50: "Uai, se for homem está com problema de próstata. E se for mulher está com a bexiga arriada, não é?"

Ent51: "O velhinho anda mais devagarinho, então é difícil mesmo".

Ent52: "Quando eu estudava eu estudava com mais gente da minha idade, quando eu parei de estudar eu estava com 62 anos, porque eu caí. Mas aí as pessoas com quem eu estudava tinham horário de ir ao banheiro, aí batia o sino, para a hora da merenda e aí ia ao banheiro. As pessoas que eu conheci, então, eram tudo normal, porque iam ao banheiro no intervalo".

Ent60: "Eu acho que tem que ter uma pessoa acompanhando ele para a hora que ele precisar, a pessoa tem que dar o socorro para ele, tem que arrumar eles, olhar eles, colocar as coisas no lugar conforme for preciso. São as pessoas que não podem deixar eles de qualquer maneira, tem que ter alguém".

Ent51t: "Ai deve ser horrível! É difícil né?!"

Ent62: "Elas nem esquentam a cabeça".

Ent64: "Ah!, no meu caso, deve ser muito chato. Não deve ser legal não".

Ent10: "É uma coisa triste!"

A reunião das informações e conhecimentos adquiridos ao longo dos anos justificou a adoção de determinados comportamentos diante da possibilidade ou realidade da incontinência urinária, que auxiliam na formação do objeto/imagem representacional e explicam as concepções adotadas pelos sujeitos sobre a temática, conforme exemplificado com os relatos a seguir:

Ent102:"É aquele negócio! Se a pessoa estiver de cama vai ter que usar fralda, mas se estiver na rua?! Como é que vai ser?!"

Ent55: "Urinar na roupa e estar andando, entrar no ônibus dá vontade de fazer xixi e não dá para segurar e quando você vê já fez xixi. É xixi solto, né?! Ou à aquela cirurgia de períneo. Mas eu acho que eu não vou precisar fazer isso não, o meu é mais porque tomo remédio mesmo".

Ent064: "Porque tem gente que se conforma, porque está na idade e é algo que acontece, mas tem gente que não se conforma que é da idade".

Ent66: "Porque às vezes você está conversando com uma pessoa e imediatamente você tem vontade de ir ao banheiro, você já perde o fio da meada. Porque a gente já está idoso então já... Às vezes começamos a conversar e quando vimos já...Pra ir ao banheiro e voltar. Aí se você não tem esse problema, você tem mais facilidade de dar prosseguimento ao diálogo. Eu acho bem mais interessante."

Ent05: "A idade vai chegando e você já começa aceitar alguma coisa"

Ent10: "O pessoal fala urina solta".

Ent50: "Tentar conseguir segurar".

En54 "O xixi sai sem a pessoa perceber".
 Ent15: "Ele (tio) tem e tem que estar usando até fralda".
 Ent 60: "Eu acho que quando a pessoa é mais velha e tem um descontrolezinho".
 Ent72: "Eu acho isso natural, né?! Porque o que é que vai fazer, né?!"
 Ent94: "A pessoa deve começar a ficar meio chateada com a vida. Eu não tenho esse problema não. Mas para outras pessoas...".
 Ent32: "Hoje em dia a gente pensa o seguinte: o que acontece com os outros pode acontecer com a gente também, não é verdade".

Na representação social com abordagem estrutural o *corpus* formado pelas evocações dos 102 sujeitos pesquisados em resposta ao termo indutor "perder xixi", quando analisado à luz do quadro de quatro casas, possibilitou identificar os quatro quadrantes conforme constam da Tabela 14.

Tabela 14: Estrutura da representação social do grupo de pessoas com 65 anos de idade ou mais cadastradas em uma unidade de atenção primária à saúde. Juiz de Fora, Ago 2014.

		Rang >2,5		Rang <2,5			
		Termo Evocado	Freq	OME	Termo Evocado	Freq	OME
Freq Média >13		Terrível	28	1,786	Deixa de sair	20	3,300
		Idoso	21	2,333	Molhado	19	3,053
		Não consegue segurar	18	1,944	Vergonha	18	2,550
		Tenho que correr	17	1,882			
Freq Média >13		Doença	11	2,273	Remédio	12	3,00
		Aperto	11	2,364	Banheiro perto	12	3,083
		Urina solta	10	2,100	Tratamento	10	3,100
		Isolamento	8	2,375	Triste	10	2,800
		Controlar	7	2,286	Cheiro ruim	10	2,800
					Fralda	9	2,778
					Remédio**	7	5,000
					Infecção	8	2,875
					Deixa de sair**	9	5,000
					Ruim	7	2,857
				Vergonha	7	4,857	

Nota das autoras: OME= Ordem Média de Evocações.

Fonte: As autoras.

Considerando as premissas da Teoria do Núcleo Central, as palavras agrupadas no quadrante superior esquerdo (QSE) foram aquelas que tiveram as maiores frequências e foram mais prontamente evocadas, formando, portanto, por hipótese, o núcleo central da representação¹³⁵. Esses elementos caracterizaram a parte mais estável da representação, assim como menos sensível às mudanças em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos¹⁶¹.

O núcleo central pode conter elementos classificados como funcionais ou normativos. Os normativos se constituem em uma dimensão social do núcleo, relativos aos valores dos indivíduos,

enquanto os funcionais estão ligados às características descritivas e às práticas que determinam condutas diante do objeto ⁸³.

A análise dos prováveis elementos contidos no núcleo central permitiu inferir que havia um predomínio de elementos funcionais, com a presença de apenas um de caráter normativo, representado pelo cognema “terrível”.

O termo “terrível” apresentou-se como um elemento com maior frequência e de primeira ordem média de evocação, o que o colocou como o mais importante componente do núcleo central. Classificado como normativo, este cognema foi relacionado com os valores dos indivíduos, que se traduziu como um posicionamento negativo dos participantes frente ao objeto representado.

Ele foi utilizado na concepção de “muito ruim” e “horível” e relacionado às diversas consequências e limitações que decorrem da incontinência urinária e que são frequentemente citadas na literatura científica, tais como: diminuição da autoestima, depressão, interferência na vida sexual, percepção negativa do estado de saúde e prejuízo da qualidade de vida³⁶.

Ent53: “Eu acho, deve ser terrível porque você dormir e acordar toda molhada, né?!”

Ent64: “Tinha muita perda e era horrível, quando ia tossir e era horrível”

Ent70: “É horrível, a gente fica sem liberdade”.

Dentre os demais elementos que compuseram o núcleo central, estavam os cognemas de caráter funcionais que foram: “idoso”, “não consegue segurar” e “tenho que correr”. Idoso foi representado por um conjunto de termos equivalentes como, “mais idoso”, “velho” e “quando fica velho” e apareceu com segunda maior frequência e ordem média de 2,333 e pode ser interpretado como uma característica do objeto representado. Tais concepções corroboram a ideia de que, socialmente, o processo de envelhecimento é visto como indissociável à perda involuntária de urina, sendo remetida como uma característica própria do envelhecer ^{100; 115; 141}.

Ent42: “Porque, às vezes, é emocional e, às vezes, é falta de tratamento. Porque tem gente que não cuida dessa parte. Aí é difícil, porque a pessoa, às vezes só faz check-up quando sente a dor e, às vezes, quando sente já não tem mais jeito. Quem é mais novo procura tratamento e quem é mais velho não”

Ent76: “Mais velho pode ter”.

Ent13: “Nos idosos acontece a dificuldade de deslocamento no ambiente, né?”

Ent21: “Lá na reunião dos idosos (local x) tem uma que usa fralda”

Ent17: “Mas no idoso tudo acontece (inclusive IU)... Aí a gente aceita, né?”

O conegma “não consegue segurar”, apareceu com frequência mínima de 18 e ordem média de evocação 1,944 e se traduziu como um elemento de ordem prática, associado à tentativa de conter a perda de urina e a incapacidade de fazê-lo.

Ent68: "Meu marido, meu marido não segura não. Sai correndo e se tiver alguém ele solta na roupa".

Ent86: "Eu acho que a pessoa tem que usar a fralda, porque aí se a pessoa não consegue segurar pelo menos está prevenida"

Ent61: "Tem gente novo que não segura, eu sei disso".

Ent54: "O xixi sai sem a pessoa perceber".

Ent80: "Ela não consegue segurar".

Dentre as diversas causas de perda involuntária de urina, as associadas ao processo de envelhecimento constituem em evidências descritas na literatura relacionadas à insuficiência esfinteriana e ao enfraquecimento muscular, sendo mais comum o desenvolvimento da IU por esforço e de urgência^{36; 149}.

Uma aproximação entre os elementos "não consegue segurar" e "tenho que correr" (frequência de evocação 17 e OME 1,882) pode ser feita a partir da análise da incidência de IU urinária do tipo urgência entre os sujeitos participantes.

Ent06: "Isso é quando eu tomo líquido demais (ocorrência em si de IU). Se eu tomo muito suco ou muito guaraná na rua aí tem que correr no banheiro o mais rápido possível".

Ent69: "Costuma, às vezes, ser igual a mim, da apelação, né?! Porque eu também não seguro não. Tenho que correr! (...) Aperto danado, tenho que correr".

A IU de urgência é caracterizada pela incapacidade de alcançar o banheiro mediante o desejo miccional, acarretando em perda involuntária de urina. A pessoa idosa com este tipo de incontinência é capaz de perceber o desejo de urinar, porém é incapaz de segurar e precisa acessar um banheiro com rapidez ^{36; 114}.

O(s) elemento(s) com provável(is) chance(s) de compor(em) o núcleo central da representação social para termo "perder xixi" está(ão) associado(s) às características e vivências da população investigada, portanto retratam o senso comum do contexto socialmente delineado e no qual estão inseridos os sujeitos desta investigação. Por isto tal(is) elemento(s) expressa(m) uma espécie de saber prático de como os indivíduos interpretam, se sentem e se comportam frente à incontinência urinária ^{83; 91; 161}.

O fato de a centralidade representacional se apresentar com forte tendência negativa indica que nas avaliações das pessoas idosas acerca da incontinência urinária predomina o aspecto valorativo da negatividade. A aplicabilidade de se conhecer esta realidade possibilita ao enfermeiro identificar vulnerabilidades e traçar estratégias que visem à redução do impacto da IU sobre a qualidade de vida das pessoas idosas, corroborando dados evidenciados pela escala KHQ-SF 36.

No quadrante superior direito do quadro de quatro casas, localizam-se as palavras que também tiveram uma alta frequência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para que integrassem o núcleo central, constituindo-se assim o que se denomina de primeira periferia^{83: 91: 161}. Neste espaço da representação estavam os elementos que denotam restrição, fator gerador de desconforto e sentimento de negatividade, “deixar de sair”, “molhado” e “vergonha”.

Ent75: “Conheço muita gente de urina solta. Às vezes, a gente chegava na casa deles e eles ficavam com vergonha da gente. E eu dizia “não precisa ficar com vergonha não, todo mundo vai para o mesmo caminho”. Às vezes, ela sentava, fazia e ficava ali o tempo todo, aí as visitas nem demoravam muito, porque a gente já sabia dos problemas, aí a gente ia embora mais cedo, para não atrapalhar ela”

Ent33: “A pessoa ficava envergonhada. Sente vergonha”

Ent93: “Tem a netinha aqui, de 12 anos. Ela não vai na rua, não passeia na casa de ninguém. Ela tem problema nos rins. Não dorme na casa de colega, porque ela tem vergonha, mesmo dentro de casa aqui ela tem vergonha”.

Ent50: “Ah! Eu andava sempre molhada, dava a vontade até que eu arriava as calças já tinha saído. Mas eu fiz períneo, né?! Tirando disso... Quando eu estava com a bexiga arriada eu estava andando na rua e ficava toda molhada, aí pensei: tenho que ir ao médico uai?! Aí fui no doutor fulano e operei. Tem anos, ele já até aposentou. Tem mais de trinta anos e eu nunca mais tive problema de urina, porque colocou a bexiga no lugar”.

O cognema “deixar de sair” representa um comportamento da pessoa idosa frente ao objeto representado, provavelmente relacionado à insegurança de se afastar do domicílio. O que pode caracterizar redução ou comprometimento na capacidade funcional, no envolvimento da pessoa idosa nas atividades instrumentais de vida diária e nas interações sociais em decorrência da incontinência urinária.

A redução da capacidade funcional é um determinante de vulnerabilidade por isso exige atenção da equipe de saúde para a reabilitação e prevenção dos agravos em decorrência da IU⁶⁷.

O termo “molhado” caracteriza a forte presença de elementos negativos relacionados ao objeto evocado e pode referir-se à representação que os sujeitos têm de uma pessoa quando apresentam incontinência urinária.

Outro elemento localizado na primeira periferia é “vergonha”. Ele sugere o sentimento de constrangimento social que pode ser causado pela perda de urina. Este constrangimento pode estar relacionado ao odor, ao aspecto molhado, à necessidade de demonstrar urgência ao ir banheiro em situações socialmente desfavoráveis e na aparência física alterada pela necessidade de uso de absorventes¹¹⁴. O termo “vergonha” pode ainda justificar o comportamento de dificuldade em se buscar tratamento para IU, fato que a torna uma situação considerada uma morbidade silente entre aqueles que a possuem⁷⁶.

No quadrante inferior esquerdo ocorre situação inversa, na medida em que estão localizadas as palavras com menores frequências, mas que foram prontamente evocadas⁸³. Portanto, em função das frequências abaixo da média, elas não estão inseridas no âmbito do núcleo central, sendo este local denominado de zona de contraste^{83: 161}.

Esta zona comporta elementos que caracterizam variações da representação em função de subgrupos, sem, no entanto, modificar os elementos centrais e a própria representação^{91: 161}.

Nota-se, novamente, a presença de elementos de sentido negativo como “doença” e “isolamento”. A existência de um subgrupo que identifica a perda de urina como doença, atribui um significado negativo à incontinência urinária, mas por outro lado a identifica como uma morbidade. Tal concepção é capaz de motivar três comportamentos por parte das pessoas idosas: 1) o de busca por tratamento e reabilitação; 2) o de aceitação e conformação na medida em que os concebe como própria da situação em que se encontra e 3) o de reforço da falsa ideia de que a IU é uma situação própria do envelhecer não havendo formas de prevenção e tratamento.

Vislumbrar uma perspectiva de mudança em relação à busca e a adesão para os tratamentos para a IU, se constitui em uma forma de evitar, a longo prazo, que o elemento “isolamento” ascenda ao núcleo central. A capacidade de integração social retratada por atividades produtivas, recreativas e sociais se constituem no que é denominado atividades de vida diária avançada, sendo uma das formas de identificação inicial do declínio funcional na pessoa idosa⁶⁷.

O isolamento no contexto da incontinência urinária se configura como um fator de impacto na qualidade de vida da pessoa com perda involuntária de urina. Ele se deve às dificuldades de acesso a banheiros em ambientes públicos/coletivos e ao constrangimento social causado pela perda de urina e/ou uso de absorventes^{1: 36; 114}.

O elemento “urina solta” é uma forma de nomeação do objeto representado. No contexto social de baixa escolaridade e de formação cultural própria e comum àquela faixa etária o uso da terminologia urina solta aparece como um sinônimo para o termo indutor “perder xixi”.

Ainda na zona de contraste aparece o cognema “aperto”. Ele vem corroborando com os altos índices de incontinência urinária do tipo urgência, identificados durante a etapa *survey* desta investigação; E reflete a sensação sentida pela pessoa idosa na tentativa de manter o controle da urina.

O quadrante inferior direito, denominado de segunda periferia, constitui a interface mais próxima da representação com as práticas sociais, sendo passível de modificação por meio de intervenções educativas e de mobilização social⁸³. Neste local estão: os cognemas de valores negativos (como “cheiro ruim”, “ruim”, “triste”), os motivos alegados para perda de urina (como

“infecção” e “remédio”) e os recursos necessários à continência externa da mesma (“fralda”, “banheiro perto” e “tratamento”).

Cabe ressaltar que o cognema “remédio” no contexto social das pessoas idosas veio associado à causa para incontinência urinária, uma vez que o uso de diuréticos para tratamento da hipertensão arterial é comum e faz parte do cotidiano dos sujeitos participantes¹⁰⁸.

Ent56: “Minha irmã vai ao banheiro toda hora e não bebe água, mas o dela é por causa do remédio boba, o remédio da pressão. E não consegue segurar nada, toda hora tem que ir ao banheiro. Às vezes, ela está na cozinha e tem que ir rápido pro banheiro”.

Ent66: “Já, já passei sim. Eu estava tomando remédio, eu não sei se me esqueci e tomei dois, só sei que à noite eu fiz xixi na cama. E depois conversando com médico, ele disse para mim “olha, você então não tome uma de manhã e um à noite não. Você toma os dois hidroclorotiazida de 25 mg pela manhã” Então eu tomei e não tive mais problema. Só que fui à outra médica e ela disse “Impossível, você não pode fazer isso! Ninguém toma dois desses comprimidos de uma vez”. Aí eu parei e comecei a tomar um só por dia e não tive mais problema não”.

Numa análise da representação global manifestada pelo conjunto de sujeitos verifica-se a presença dos elementos de valoração de caráter negativos em todos os quadrantes. Tal fato evidencia a necessidade de abordagem da temática em campanhas de saúde e em atendimentos individuais, visando esclarecimento das formas de tratamento das incontinências urinárias e das estratégias para redução do impacto das mesmas sobre a qualidade de vida^{10; 100}.

A escolha pelo método misto propiciou que os conteúdos do *survey* e das representações sociais pudessem ser consideradas evidências e aproximadas com vistas ao estabelecimento de um diagnóstico situacional que norteasse o raciocínio clínico na identificação de demandas de cuidados na perspectiva da abordagem das incontinências subsidiando a elaboração de uma proposta de intervenções de enfermagem baseadas em alicerces de cientificidade, integralidade e individualização do cuidado.

Diante do exposto, a seguir elaborou-se uma proposta compatível com a atuação do enfermeiro generalista para conteúdos de cuidado especializado.

6.4 IMPRESSOS PARA ABORDAGEM DE PESSOAS IDOSAS NA PERSPECTIVA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA: SUBSÍDIO PARA ATUAÇÃO DO ESTOMATERAPEUTA

Com base no perfil dos participantes, a respeito do processo do envelhecimento e da (in)continência urinária, foi possível construir protótipos de impressos destinados à realização do

histórico de enfermagem, do diagnóstico de enfermagem, das intervenções terapêuticas e da avaliação dos resultados de enfermagem.



O instrumento de coleta de dados foi formatado em uma folha (**Figura 11**). O espaço destinado ao preenchimento da síntese de informações direcionadas sobre o usuário na perspectiva da incontinência e do processo do envelhecimento foi pensada em duas possibilidades: 1) ser realizada em prontuário eletrônico, tendo em vista minimizar tempo de preenchimento manual e favorecer a sustentabilidade do processo de cuidado na perspectiva de uma abordagem do enfermeiro enquanto profissional autônomo e 2) dispor da alternativa de registro manual caso haja imprevisto ou (in)viabilidade do ponto de vista operacional.

Embora a incontinência seja considerada um problema de origem predominantemente biológica, quando abordado na perspectiva de sua ocorrência entre pessoas idosas, ela possui impacto social, ambiental, relacional e emocional, conforme mencionado nas abordagens da representação social. Cabe mencionar que, embora fossem listadas as situações diretamente relacionadas às eliminações urinárias, há diagnósticos que devem ser considerados por retratarem a forma de enfrentamento e dificuldades vivenciadas pelas pessoas que se encontram com incontinência urinária de natureza não biológica que não foram mencionadas nesta investigação, mas que constituem em conteúdo de publicações complementares.

A escolha da teoria de enfermagem de Betty Neuman possibilita, nesta perspectiva, contemplar distintas dimensões de estressores a que estão submetidos pessoas que apresentam ou temem apresentar incontinência urinária. Outro fator de adequabilidade da teoria para a temática em foco foi sua possibilidade de abordar múltiplas dimensões do ser humano (fisiológica, psicossocial, sociocultural, desenvolvimental e espiritual).

A necessidade de mapeamento das pessoas com vulnerabilidades ou que apresentem perda ocasional ou frequente de urina, entre os participantes foi de 37,3%, fato que reafirma sua relevância no contexto social, uma vez que é fator desencadeador de comportamentos, atitudes e valores socialmente compartilhados.

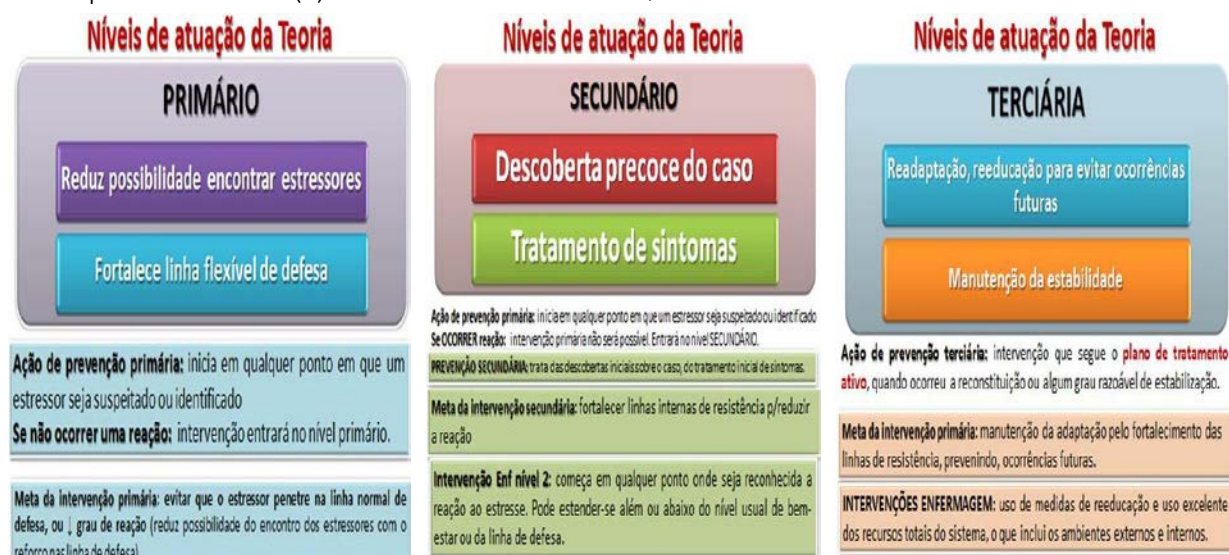
Figura 11: Instrumento de coleta de dados de pessoas com 65 anos de idade ou mais abordando a incontinência urinária. Juiz de Fora, Ago/2014.

	INSTRUMENTO COLETA DE DADOS: PESSOA IDOSA COM POTENCIAL PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA			Data:
Nome:			Telefone pessoal e familiar	
Endereço pessoal e familiar:				Data Nascimento:
(*)	Estressores Pessoais	Estressores interpessoais	Estressores Transpessoais	
FS	<p>Sinais vitais: PA, FC, FR, dor</p> <p>Avaliação padrão de eliminação urinário: (in)continência, frequência, volume, característica, fatores desencadeantes ou minimizadores.</p> <p>História pessoal: Paridade (tipo de parto, número gestação, tamanho do concepto e perdas urinárias durante a gestação) cirurgia (perineo, oncológicas, próstata), doenças/sintomas/tratamentos (tipo: DM, HAS, tosse crônica, sobrepeso, obesidade, constipação crônica, cânceres, radioterapia em perineo), profissão/ocupação.</p> <p>Tratamentos anteriores e resultados obtidos: vinculados (in)diretamente ao sistema urinário.</p> <p>Exames: laboratoriais e urodinâmica</p>	<p>Grau de (in)dependência: tipo e atividade</p> <p>Mobilidade: autonomia, liberdade.</p> <p>Funcionalidade e capacidade de autocuidado: restrições, adequações e modificações de hábitos.</p> <p>Atividade sexual: restrições, adaptação devido à incontinência.</p>	<p>Aparência e exposição: uso de equipamentos de continência; discriminação/curiosidade por parte de terceiros.</p>	
PS	<p>Sentimento: positivos, negativos, de defesa, de enfrentamento</p> <p>Estratégias de enfrentamento: positivo, negativo, mecanismos de defesa, adesão à mudança de estilo de vida.</p> <p>Comportamentos e atitudes: (in)adaptados</p> <p>Autoimagem e autoconceito: percepções e autovalorização</p>	<p>Envolvimento/isolamento: fatores motivadores de limitação social (dor, aparência)</p>	<p>Alteração do humor e expectativa de vida relacionada a fatores do ambiente externo: Dificuldades de adaptação devido às questões ambiente físico; acessibilidade a sanitários em ambiente diferente do domicílio; privacidade.</p>	
SC	<p>Lazer, recreação e atividades físicas</p> <p>Hábitos de vida: autonomia, capacidade funcional, AVD, AIVD</p>	<p>Rotina, hábitos e costumes que envolvem outras pessoas: tipo,</p> <p>Convívio com o outro: amizade</p> <p>Vínculos: vida afetiva e pessoas significativas</p> <p>Pessoa de Referência: disponibilidade</p>	<p>Convívio social: amizades, atividades culturais, Hábitos vida social:</p>	
DSV	<p>Adaptação a comorbidades, tratamento e estilo de vida</p>	<p>Resiliência: ajuste da incontinência ao processo de envelhecimento e a qualidade dos anos vividos.</p>	<p>Uso de benefícios sociais</p>	
ESP	<p>Crengas/Cultos: tipo e frequência</p>	<p>(In)dependência para prática religiosa: se houve alteração na prática de rituais religiosos em decorrência da incontinência, autonomia e (in)capacidade física para participar de cultos religiosos.</p>	<p>Rituais Práticas</p> <p>Integração e sentimento de pertença</p>	

Nota das autoras: (*) Fatores básicos comuns a todos os seres humanos compostos por variáveis fisiológicas (FS), psicológicas (PS), socioculturais (SC), desenvolvimentais (DSV) e espirituais (ESP).

As variáveis que se pretende obter na abordagem das pessoas com 65 anos de idade ou mais com o impresso de histórico de enfermagem é a possibilidade de identificar: 1) exposição a situações estressoras de origem intrapessoal, interpessoal e transpessoal que sejam capazes de alterar a linha de defesa normal do sistema integrado de energia e fortalecer as linhas flexíveis de defesa; 2) situações de estresse em curso que sejam capazes de desencadear reações do usuário e descobrir precocemente a ocorrência de incontinências urinárias e de seus sintomas com vistas a tratá-los, minimizá-los e conservar a autonomia e a capacidade funcional 3) a exposição a situações de estresse que tenham repercussão sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, favorecendo a reabilitação, fortalecimento da musculatura pélvica e mudança no estilo de vida a ponto de se obter a manutenção da estabilidade e a utilização dos recursos disponíveis na comunidade (Figura 12).

Figura 12: Possibilidade de atuação do enfermeiro junto aos níveis de atuação previstos na teoria de Betty Neuman ao abordar pessoas idosas com (in)continência urinária. Juiz de Fora, Abr/2014.



Fonte: MELANIE, M.; EVELY, W. Bases Teóricas para Enfermagem. 2º. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 ISBN 978-85-363-1788-5

Considerando a diversidade de respostas das pessoas diante as situações de (in)continência urinária priorizou-se na lista de possíveis diagnósticos de enfermagem de pessoas com 65 anos de idade ou mais aqueles diagnósticos que eram diretamente ligados à disfunção miccional.

Tal precaução deveu-se ao fato da concepção de Betty Neuman para a pessoa envolver multidimensionalidade do ser, cujo sistema de energia possibilita reajustes frequentes a ponto de (des)equilibrar todas as suas dimensões. Neste contexto o olhar do profissional enfermeiro deve se dirigir às prioridades em termos de necessidades humanas básicas e na presente investigação este é o recorte abordado (Figura 13).

Figura 13: Lista de possíveis diagnósticos de enfermagem segundo NANDA I para pessoas com 65 anos de idade ou mais com (in)continência. Juiz de Fora, Ago/2014.

Diagnósticos enfermagem vinculados à função urinária	Diagnósticos de enfermagem vinculados à função urinária
Diagnóstico de promoção de saúde: um padrão de funções urinárias que é suficiente para satisfazer às necessidades de eliminação e que pode ser reforçado.	Disposição para eliminação urinária melhorada⁽²⁴²⁾ caracterizada por: <input type="checkbox"/> densidade urinária dentro dos limites normais <input type="checkbox"/> ingestão de líquidos é adequada para as necessidades diárias <input type="checkbox"/> quantidade de débito urinário está dentro dos limites normais <input type="checkbox"/> expressa desejo de melhorar a eliminação urinária <input type="checkbox"/> posiciona-se para esvaziar a bexiga <input type="checkbox"/> urina de cor clara <input type="checkbox"/> urina sem odor.
Diagnóstico real: disfunção na eliminação de urina	Eliminação urinária prejudicada⁽²⁵⁰⁾ relacionada a: <input type="checkbox"/> dano sensorio-motor <input type="checkbox"/> infecção no trato urinário <input type="checkbox"/> múltiplas causas <input type="checkbox"/> obstrução anatômica caracterizado por: <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> frequência urinária <input type="checkbox"/> hesitação urinária <input type="checkbox"/> incontinência <input type="checkbox"/> noctúria <input type="checkbox"/> retenção urinária <input type="checkbox"/> urgência urinária.
Diagnóstico real: perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal	Incontinência urinária de esforço⁽²⁵¹⁾ relacionado a: <input type="checkbox"/> alta pressão intra-abdominal <input type="checkbox"/> deficiência intrínseca do esfíncter uretral <input type="checkbox"/> enfraquecimento da musculatura pélvica <input type="checkbox"/> mudanças degenerativas da musculatura pélvica caracterizado por: perda involuntária e observada de pequenas quantidades de urina <input type="checkbox"/> ao espirar <input type="checkbox"/> ao rir <input type="checkbox"/> ao tossir <input type="checkbox"/> durante esforço <input type="checkbox"/> na contração do detrusor <input type="checkbox"/> na ausência de distensão excessiva da bexiga. Relato de perda involuntária de pequenas quantidades de urina <input type="checkbox"/> ao espirar <input type="checkbox"/> ao rir <input type="checkbox"/> ao tossir <input type="checkbox"/> na ausência de contração do detrusor <input type="checkbox"/> na ausência de distensão excessiva da bexiga <input type="checkbox"/> sob esforço.
Diagnóstico real: perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar	Incontinência urinária de urgência⁽²⁵²⁾ relacionado a: <input type="checkbox"/> capacidade vesical diminuída <input type="checkbox"/> cistite <input type="checkbox"/> hiperatividade do detrusor com prejuízo da contratilidade da bexiga <input type="checkbox"/> impação fecal <input type="checkbox"/> ingestão de álcool <input type="checkbox"/> ingestão de cafeína <input type="checkbox"/> uretrite atrofica <input type="checkbox"/> uso de diuréticos <input type="checkbox"/> vaginite atrofica caracterizado por: <input type="checkbox"/> incapacidade observada de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina <input type="checkbox"/> relatos de perda involuntária de urina com espasmos da bexiga <input type="checkbox"/> relatos de perda involuntária de urina com contrações da bexiga <input type="checkbox"/> relatos de incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina <input type="checkbox"/> relatos de urgência urinária.
Diagnóstico de risco: risco de perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar	Risco de incontinência urinária de urgência⁽²⁵⁴⁾ relacionado a: <input type="checkbox"/> contratilidade da bexiga <input type="checkbox"/> efeitos da cafeína <input type="checkbox"/> efeitos de medicamentos <input type="checkbox"/> efeito do álcool <input type="checkbox"/> hábitos de higiene íntima ineficaz <input type="checkbox"/> hiperatividade do detrusor com contratilidade da bexiga prejudicada <input type="checkbox"/> impação fecal <input type="checkbox"/> pequena capacidade vesical <input type="checkbox"/> relaxamento involuntário do esfíncter <input type="checkbox"/> uretrite atrofica <input type="checkbox"/> vaginite atrofica
Diagnóstico real: incapacidade da pessoa que é usualmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar perda de urina	Incontinência urinária funcional⁽²⁵⁵⁾ relacionado a: <input type="checkbox"/> alteração nos fatores ambientais <input type="checkbox"/> cognição prejudicada <input type="checkbox"/> enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico <input type="checkbox"/> fatores psicológicos <input type="checkbox"/> limitações neuromusculares <input type="checkbox"/> visão prejudicada caracterizado por: <input type="checkbox"/> é capaz de esvaziar completamente a bexiga <input type="checkbox"/> tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento <input type="checkbox"/> perda de urina antes de alcançar o banheiro <input type="checkbox"/> pode ser incontinente apenas de manhã cedo <input type="checkbox"/> sente desejo de urinar
Diagnóstico real: perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga	Incontinência urinária por transbordamento⁽²⁵⁶⁾ relacionado a: <input type="checkbox"/> dissinergia do detrusor do esfíncter externo <input type="checkbox"/> efeito secundário de bloqueadores do canal de cálcio <input type="checkbox"/> efeitos secundários de descongestionantes <input type="checkbox"/> efeitos secundários de medicamentos anticolinérgicos <input type="checkbox"/> hiponcontratilidade do detrusor <input type="checkbox"/> impação fecal <input type="checkbox"/> obstrução da uretra <input type="checkbox"/> obstrução do colo da bexiga <input type="checkbox"/> prolapso pélvico grave caracterizado por: <input type="checkbox"/> distensão da bexiga <input type="checkbox"/> elevado volume residual após micção <input type="checkbox"/> noctúria <input type="checkbox"/> perda de pequenos volumes urina involuntária <input type="checkbox"/> relatos de perda involuntária de pequenos volumes de urina
Diagnóstico real: perda involuntária de urina a intervalos de certa forma previsíveis, quando um determinado volume na bexiga é atingido.	Incontinência urinária reflexa⁽²⁵⁷⁾ relacionado a: <input type="checkbox"/> dano neurológico acima do centro pontino da micção <input type="checkbox"/> dano neurológico acima do nível do centro da micção sacral <input type="checkbox"/> dano tecidual (devido a cistite por radiação, cirurgia pélvica radical ou danos inflamatórios na bexiga) caracterizado por: <input type="checkbox"/> ausência de sensação de enchimento da bexiga <input type="checkbox"/> ausência de sensação de urgência para esvaziar a bexiga <input type="checkbox"/> ausência de sensação para esvaziar a bexiga <input type="checkbox"/> esvaziamento completo com lesão acima do centro pontino da micção <input type="checkbox"/> esvaziamento incompleto com lesão acima do centro de micção sacral <input type="checkbox"/> incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga <input type="checkbox"/> incapacidade de iniciar o esvaziamento da bexiga <input type="checkbox"/> padrão previsível de esvaziamento da bexiga <input type="checkbox"/> sensação de urgência sem iniciação voluntária de contração vesical <input type="checkbox"/> sensações associadas com bexiga cheia (sudorese, agitação e desconforto abdominal).
Diagnóstico real: esvaziamento vesical incompleto	Retenção urinária⁽²⁵⁸⁾ relacionado a: <input type="checkbox"/> alta pressão uretral <input type="checkbox"/> bloqueio <input type="checkbox"/> esfíncter muito potente <input type="checkbox"/> inibição da arco reflexo caracterizado por: <input type="checkbox"/> distensão vesical <input type="checkbox"/> disúria <input type="checkbox"/> eliminação urinária ausente <input type="checkbox"/> eliminação vesical frequente <input type="checkbox"/> eliminação vesical pequena <input type="checkbox"/> gotejamento <input type="checkbox"/> incontinência por transbordamento <input type="checkbox"/> sensação de bexiga cheia <input type="checkbox"/> urina residual.

Foram sete os diagnósticos do tipo real, um de risco e outro de promoção de saúde vinculados a situação de (in)continência urinária.

Os elementos de um diagnóstico real compreendem sua definição, seu título, fatores relacionados e características definidoras. O título num diagnóstico real serve como roteiro para o estabelecimento das metas de caráter curativo, reabilitatório ou paliativo. O fator relacionado por constituir na causa do problema (etiopatologia) é capaz de nortear a seleção das intervenções de enfermagem e as características definidoras por serem os sinais e sintomas constituem em evidência sobre a ocorrência do problema. Isto equivale a dizer que as características definidoras podem ser indicadores para a evolução das intervenções terapêuticas que foram efetivadas^{162; 163}.

A descrição anteriormente realizada justifica porque na elaboração do diagnóstico de enfermagem foram mencionados todos os seus componentes, uma vez que eles constituem em elementos norteadores para a realização do raciocínio clínico pelo enfermeiro.

A opção pela reunião das intervenções com os resultados de enfermagem deveu-se ao fato dessas informações subsidiarem a análise comparativa realizada pelos enfermeiros no processo de definição da conduta e avaliação da repercussão terapêutica de suas intervenções (**Quadro 1**).

Considerando que a taxonomia da NIC inclui o perfil de atuação do enfermeiro em todas as áreas e especialidades de sua atuação, a seleção das intervenções e ações de enfermagem para abordar os diagnósticos de enfermagem de que tangenciam o problema da (in)continência urinária em pessoas com 65 anos de idade ou mais foi obtida utilizando como critérios: a leitura crítica dos conteúdos afins e preservando a equivalência entre diagnóstico e intervenção de enfermagem correspondente^{162; 163}.

O fato de a taxonomia da NOC ser estruturada em domínios semelhantes aos da taxonomia da NIC favorece a identificação da equivalência de abordagens^{41; 43; 162}.

Quadro 1: Lista de potenciais intervenções, ações, resultados com seus respectivos indicadores e escala mensurativa ao abordar pessoas com (in)continência e 65 anos de idade ou mais. Juiz de Fora, Ago/2014.

Intervenções	Taxonomia da NIC (Intervenções e ações de enfermagem)	Resultados de enfermagem	
	Ações	Escala mensurativa	Indicadores
Exercícios para musculatura pélvica 585 (B)	<input type="checkbox"/> Determinar a capacidade para reconhecer a urgência miccional <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a contrair e relaxar o anel muscular em torno da uretra e ânus como se tentasse evitar o movimento urinário ou intestinal <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a evitar contrair o abdôme, as coxas e as nádegas, prendendo a respiração ou fazendo esforço durante o exercício <input type="checkbox"/> Assegurar que o paciente possa distinguir entre o esforço voluntário de contrair os músculos e os esforços involuntários de aliviar a musculatura <input type="checkbox"/> Orientar a paciente do sexo feminino a identificar o músculo levantador do ânus e o urogenital, colocando um dos dedos da mão na vagina e pressionando <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a realizar exercícios de fortalecimento muscular, chegando até 300 contrações diárias, mantendo cada contração por 10 segundos e descansando 10 segundos entre cada contração. <input type="checkbox"/> Informar ao paciente que há necessidade de 6 a 12 semanas para que os exercícios mostrem resultados <input type="checkbox"/> Oferecer <i>feedback</i> positivo pela realização dos exercícios recomendados <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a monitorar a resposta aos exercícios tentando interromper o fluxo de urina uma vez por semana, no máximo. <input type="checkbox"/> Incorporar <i>biofeedback</i> ou estimulação elétrica à rotina dos pacientes selecionados diante de indicação de assistência para identificar os músculos corretos a serem contraídos e/ou para provocar a força desejada de contração muscular <input type="checkbox"/> Oferecer esquema estabelecido por instruções escritas que descreva a intervenção e a quantidade recomendada das repetições <input type="checkbox"/> Discutir, diariamente, o registro da continência com o paciente, oferecendo reforço.	Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV: Classe Q Continência Urinária (p.349) Domínio II: Classe F	Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Discute o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Relata mudança nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realiza autoexame quando orientado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: busca de reforço externo para desempenho dos comportamentos de saúde Continência Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Reconhecimento da urgência para urinar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Manutenção de um padrão previsível de eliminação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Reação à urgência de forma oportuna <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Eliminação da urina de modo apropriado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Chegada ao vaso sanitário entre a urgência e a eliminação urinária <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Início e interrupção do jato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Esvaziamento completo da bexiga <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Ingestão da quantidade adequada de líquidos Continência Escala: Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Perda de urina entre as eliminações <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (p. ex. espirros, risadas, levantamento de peso) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Ato de umedecer as roupas durante o dia

<p>Controle do pessário⁵⁹⁵(B)</p>	<p><input type="checkbox"/> Revisar histórico da paciente em busca de contraindicações à terapia com pessários (ex. infecções pélvicas, lacerações ou lesões no espaço ocupado, não complacência ou endometriose)</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir a manutenção do regime com o paciente antes de ajustar o pessário (visitas frequentes para acompanhamento)</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir sobre as necessidades de atividade sexual antes de selecionar o pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Inserir pessário conforme fabricante</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar sobre método de retirada do pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar para relatar desconforto, disúria, mudança na cor, consistência ou frequência de corrimento vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar a capacidade de fazer autocuidado do pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Agendar consulta para nova verificação de 24 a 72hrs e após este período</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar a resposta terapêutica ao uso do pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Agendar acompanhamento profissional contínuo a cada três meses</p>	<p>Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV, Classe Q</p> <p>Continência Urinária (p.349) Domínio II, Classe F</p>	<p>Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Discuti o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relata mudança nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza autoexame quando orientado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: busca de reforço externo para desempenho dos comportamentos de saúde</p> <p>Continência Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência para urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um padrão previsível de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reação à urgência de forma oportuna</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Eliminação da urina de modo apropriado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Chegada ao vaso sanitário entre a urgência e a eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Início e interrupção do jato</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ingestão da quantidade adequada de líquidos</p> <p>Continência Escala: Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina entre as eliminações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (p. ex. espirros, risadas, levantamento de peso) <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ato de umedecer as roupas durante o dia</p>
--	---	--	--

<p>Micção induzida^{531(B)}</p>	<p><input type="checkbox"/> Determinar a capacidade para reconhecer a urgência de urinar</p> <p><input type="checkbox"/> Manter um registro de especificações de continência durante três dias para estabelecer um padrão urinário</p> <p><input type="checkbox"/> Usar com pacientes que não evidenciam sinais e sintomas de fluxo excessivo e/ou incontinência urinária reflexa</p> <p><input type="checkbox"/> Estabelecer um intervalo da agenda do início da micção induzida com base no padrão de eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/> Fixar o horário de início e final da micção induzida quando não for de 24 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Aproximar-se a 15 minutos dos intervalos prescritos de micção induzida</p> <p><input type="checkbox"/> Dar tempo (5 segundos) para auto iniciar uma solicitação de auxílio na higiene íntima</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar a percepção do paciente quanto ao estado de continência</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar a exatidão da resposta, checando fisicamente as roupas ou as roupas de cama</p> <p><input type="checkbox"/> Oferecer <i>feedback</i> positivo diante da exatidão da resposta da condição de continência</p> <p><input type="checkbox"/> Incitar no máximo três vezes o uso do vaso sanitário ou substituto</p> <p><input type="checkbox"/> Evitar comentar a incontinência ou a recusa em usar o vaso sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Informar o paciente sobre o horário da próxima sessão de uso do vaso sanitário ou higiene íntima</p> <p><input type="checkbox"/> Ensinar o paciente de forma consciente a segurar a urina entre as sessões de uso do sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a auto iniciar o uso do sanitário em resposta à urgência de urinar</p> <p><input type="checkbox"/> Documentar os resultados da sessão de uso do vaso sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir o registro da continência com os profissionais para o oferecimento de reforço e encorajamento da obediência à agenda de micção induzida</p>	<p>Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV; Classe O</p> <p>Eliminação Urinária (p.441) Domínio II; Classe F</p>	<p>Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Discuti o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relata mudança nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento orientado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações</p> <p>Eliminação Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Padrão de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência</p> <p>Eliminação Escala: Grave a Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Hesitação ao urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Frequência urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Urgência para urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Retenção de urina</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Noctúria</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência de pressão</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência de urgência</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência funcional</p>
<p>Assistência no autocuidado: uso de vaso sanitário ^{176(B/F)}</p>	<p><input type="checkbox"/> Considerar a cultura do paciente ao promover atividades de autocuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Considerar a idade do paciente ao promover atividades de autocuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a chegar ao vaso sanitário, cadeira higiênica, comadre, urinol a intervalos específicos</p> <p><input type="checkbox"/> Analisar a reação do paciente à falta de privacidade</p> <p><input type="checkbox"/> Proporcionar privacidade durante eliminação</p> <p><input type="checkbox"/> Facilitar a higiene íntima após a eliminação</p> <p><input type="checkbox"/> Instituir uma agenda de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar o paciente/outras pessoas sobre a rotina de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/> Providenciar equipamentos auxiliares (cateteres externos ou urinol)</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar a integridade da pele do paciente</p>	<p>Autocuidado: uso do banheiro (p.203); Domínio I; Classe D</p>	<p>Escala: Gravemente comprometido à não comprometido</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reação à bexiga cheia no momento oportuno;</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Entrada no banheiro e saída dele;</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Posiciona-se no vaso ou cadeira higiênica;</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Chega ao vaso sanitário entre a urgência e a passagem da urina; <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento da bexiga;</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5; <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realização da higiene íntima após urinar; <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Capacidade de levantar do vaso ou cadeira higiênica</p>

<p>Cuidado com sondas (cateter): urinário⁶⁹⁴(B)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manter um sistema fechado de drenagem urinária <input type="checkbox"/> Manter a desobstrução do sistema do cateter urinário <input type="checkbox"/> Higienizar a área de pele ao redor do cateter <input type="checkbox"/> Trocar o cateter urinário a intervalos urinários <input type="checkbox"/> Trocar o aparelho de drenagem urinária em intervalos regulares <input type="checkbox"/> Limpar externamente o cateter urinário na região do meato <input type="checkbox"/> Registrar características da drenagem urinária <input type="checkbox"/> Colocar grampo em cateter supra púbico ou cateter de retenção, conforme ordens médicas <input type="checkbox"/> Esvaziar o equipamento de drenagem urinária a intervalos específicos <input type="checkbox"/> Desconectar a bolsa da perna à noite e conectar à bolsa de drenagem junto à cama <input type="checkbox"/> Checar as tiras da bolsa de perna, evitando compressão local <input type="checkbox"/> Manter cuidados com a pele em paciente com bolsa de perna <input type="checkbox"/> Monitorar a ocorrência da distensão da bexiga <input type="checkbox"/> Remover o cateter assim que possível 	<p>Controle de riscos (p.361) Domínio IV: Classe T</p>	<p>Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Monitoração dos fatores de risco <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Compromisso com as estratégias de controle de riscos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Atendimento às estratégias selecionadas de controle de riscos</p>
<p>Reeducação vesical⁽⁷⁵⁰⁾ (B)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Determinar a capacidade de reconhecer a urgência para urinar <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a manter uma eliminação urinária diária <input type="checkbox"/> Manter um registro específico da continência durante três dias para estabelecer um padrão urinário <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a identificar padrões de incontinências <input type="checkbox"/> Revisar o ato de eliminação urinária com o paciente <input type="checkbox"/> Estabelecer o intervalo para o programa inicial do uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação <input type="checkbox"/> Estabelecer um horário para iniciar e concluir o programa de uso do sanitário, caso o treinamento não seja concluído em 24 horas <input type="checkbox"/> Estabelecer um intervalo para uso do vaso sanitário não inferior a 1 hora, de preferência não superior a 2 horas <input type="checkbox"/> Levantar o paciente ao vaso sanitário, lembrá-lo de urinar nos intervalos prescritos <input type="checkbox"/> Oferecer privacidade durante o uso do vaso sanitário <input type="checkbox"/> Usar o poder da sugestão (abrir a torneira ou dar descarga) <input type="checkbox"/> Evitar deixar o paciente no vaso sanitário por mais de 5 minutos <input type="checkbox"/> Reduzir o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora, quando ocorre mais de 3 episódios de incontinências nas 24 horas <input type="checkbox"/> Manter o intervalo de uso do vaso sanitário, quando 3 ou menos episódios de incontinências ocorrem em 24 horas <input type="checkbox"/> Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora, quando o paciente não conseguir urinar em 2 ou mais momentos programados para o uso do vaso sanitário <input type="checkbox"/> Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em 1 hora, quando o paciente não apresentar episódio de incontinências durante 3 dias, até ser alcançado o intervalo ideal de 4 horas <input type="checkbox"/> Manifestar a confiança de que a incontinência será melhorada <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a conter a urina conscientemente, até chegar o momento combinado de usar o vaso sanitário <input type="checkbox"/> Conversar sobre o registro diário de continência com o paciente para oferecer reforço. 	<p>Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV: Classe O Eliminação Urinária (p.441) Domínio II: Classe F</p>	<p>Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Discute o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relata mudança nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento orientado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações</p> <p>Eliminação Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Padrão de eliminação <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência</p> <p>Eliminação Escala: Grave a Nenhum <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Hesitação ao urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Frequência urinária <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Urgência para urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Retenção de urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Noctúria <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência urinária <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência de pressão <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência de urgência <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência funcional</p>

<p style="text-align: center;">Sondagem vesical (751) (B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Explicar o procedimento e a sua necessidade <input type="checkbox"/> Reunir o equipamento necessário para a sondagem <input type="checkbox"/> Manter técnica asséptica rígida <input type="checkbox"/> Inserir a sonda de demora ou alívio, conforme indicação <input type="checkbox"/> Usar a sonda de menor tamanho, conforme indicação <input type="checkbox"/> Conectar a sonda de demora a uma bolsa coletora junto ao leito ou presa à perna <input type="checkbox"/> Fixar a sonda à pele, conforme indicação <input type="checkbox"/> Manter um sistema fechado de drenagem urinário <input type="checkbox"/> Monitorar a ingestão e eliminação <input type="checkbox"/> Realizar ou ensinar ao paciente a higienização do períneo e do equipamento <input type="checkbox"/> Reduzir sondagem para fins de remoção residual de urina após-eliminação <input type="checkbox"/> Reduzir a presença de urina residual, quando em sondagem 	<p style="text-align: center;">Recuperação Pós-procedimento (p.647) Domínio II: Classe A Eliminação Urinária (p.441) Domínio II: Classe F</p>	<p>Recuperação Escala: Desvio da variação normal a nenhum desvio da variação normal</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Eliminação Urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Micção</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Drenagem de sondas/drenos</p> <p>Eliminação Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Padrão de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Odor da urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Quantidade de urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Cor da urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Transparência da urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga</p> <p>Eliminação Escala: Grave a Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Partículas visíveis na urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Sangue visível na urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Odor ao urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Retenção de urina</p>
<p style="text-align: center;">Sondagem vesical: intermitente(752) (B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fazer um levantamento urinário completo, identificando as causas da incontinência <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente/família a finalidade, os materiais, o método e a necessidade do cateterismo intermitente <input type="checkbox"/> Monitorar a técnica dos profissionais que realizam a sondagem intermitente e documentá-la <input type="checkbox"/> Determinar a prontidão e o desejo de fazer a própria sondagem intermitente <input type="checkbox"/> Orientar equipe designada sob a forma de monitorar e oferecer apoio ao idoso que faz a própria sondagem <input type="checkbox"/> Proporcionar local privativo para o procedimento <input type="checkbox"/> Monitorar o desempenho do idoso no próprio cateterismo conforme aprazimento <input type="checkbox"/> Demonstrar o procedimento e pedir demonstração de retorno, conforme indicação <input type="checkbox"/> Reunir equipamento apropriado para cateterismo <input type="checkbox"/> Usar técnica asséptica e higiênica para sondagem <input type="checkbox"/> Determinar a programação da sondagem, com base numa investigação urinária completa <input type="checkbox"/> Adaptar a frequência da sondagem de modo a manter uma eliminação de 300ml ou menos <input type="checkbox"/> Manter o paciente em terapia profilática antibacteriana, conforme prescrição médica, no início da sondagem intermitente <input type="checkbox"/> Realizar a análise macroscópica da urina em período aproximado (2 semanas a um mês) e coleta de urina para análise laboratorial conforme protocolo <input type="checkbox"/> Estabelecer um horário de sondagem com base nas necessidades individuais <input type="checkbox"/> Manter um registro detalhado em impresso próprio contendo horário do cateterismo, da ingestão de líquidos e da eliminação <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente/família os sinais e sintomas de infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Monitorar cor, odor e transparência da urina 	<p style="text-align: center;">Recuperação Pós-procedimento (p.647) Domínio II: Classe A Eliminação Urinária (p.441) Domínio II: Classe F</p>	<p>Recuperação Escala: Desvio da variação normal a nenhum desvio da variação normal</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Eliminação Urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Micção</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Drenagem de sondas/drenos</p> <p>Eliminação Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Padrão de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Odor da urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Quantidade de urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Cor da urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Transparência da urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga</p> <p>Eliminação escala: Grave a Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Partículas visíveis na urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Sangue visível na urina</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Odor ao urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5: Retenção de urina</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Controle da eliminação urinária⁽⁷³³⁾ (B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor. <input type="checkbox"/> Monitorar o surgimento de sinais e sintomas de retenção urinária <input type="checkbox"/> Identificar os fatores que contribuem para episódios de incontinências <input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente os sinais e sintomas de infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Anotar o horário da última eliminação de urina, conforme indicação <input type="checkbox"/> Inserir sonda vesical, conforme indicação <input type="checkbox"/> Obter amostra de urina do jato médio para análise urinária, conforme indicação <input type="checkbox"/> Encaminhar o paciente para o médico diante da ocorrência de sinais e sintomas de infecção do trato urinário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a obter amostras do jato médio da urina, ao primeiro sinal de retorno de sinais e sintomas de infecção <input type="checkbox"/> Orientar o paciente para reagir imediatamente à urgência de urinar <input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente a beber 250ml de líquidos às refeições, entre as refeições e no início da noite <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a desenvolver uma rotina de uso do vaso sanitário, conforme indicação <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a esvaziar a bexiga antes de procedimentos relevantes <input type="checkbox"/> Registrar o horário da primeira eliminação de urina após o procedimento, conforme indicação <input type="checkbox"/> Restringir líquidos sempre que necessário <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção do trato urinário 	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Eliminação Urinária (p.441) Domínio II: Classe F</p> <p>Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Padrão de eliminação <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Odor da urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Quantidade de urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Cor da urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Transparência da urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ingestão de líquidos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência <p>Escala: Grave a Nenhum</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Partículas visíveis na urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Sangue visível na urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Odor ao urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ardência ao urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Hesitação ao urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Frequência urinária <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Urgência para urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Retenção de urina <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Noctúria <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência urinária <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência de pressão <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência de urgência <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Incontinência funcional
--	---	---

<p>Treinamento do hábito urinário (737)(B)</p>	<p><input type="checkbox"/> Manter registro específico da continência durante 3 dias para estabelecer o padrão de eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/> Estabelecer o intervalo dos horários iniciais de uso do vaso sanitário, com base no padrão de eliminação urinária e na rotina usual</p> <p><input type="checkbox"/> Estabelecer o horário de início e término do uso do vaso sanitário, caso não seja de 24 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Estabelecer o intervalo de uso do vaso sanitário, com recomendação para intervalos não inferiores a 2 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a usar o vaso sanitário e levá-lo a urinar conforme os intervalos estabelecidos</p> <p><input type="checkbox"/> Oferecer privacidade para usar o vaso sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Usar estratégias para estimular micção (água da torneira correndo e descarga no sanitário)</p> <p><input type="checkbox"/> Evitar deixar o paciente no vaso sanitário por mais de 5 minutos</p> <p><input type="checkbox"/> Reduzir o intervalo do uso do vaso sanitário em meia hora, se houver mais de 2 episódios de incontinências em 24 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Manter o intervalo de uso do vaso sanitário, quando 2 ou menos episódios de incontinências ocorrerem em 24 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Aumentar o intervalo de uso do vaso sanitário em meia hora, se o paciente não apresentar episódios de incontinências em 48 horas até atingir o intervalo ideal de 4 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir o registro diário de continência com equipe para oferecer reforço e encorajar a adesão ao horário de uso do vaso sanitário</p> <p><input type="checkbox"/> Manter os horários de uso do vaso sanitário para auxiliar no estabelecimento e na manutenção de um hábito de eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/> Oferecer o feedback positivo ou reforço positivo ao paciente quando ele urinar nos intervalos estabelecidos para o uso do vaso sanitário, sem realizar comentários, quando o paciente ficar incontinente.</p>	<p>Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV: Classe Q</p> <p>Continência Urinária (p.349) Domínio II: Classe F</p>	<p>Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Discute o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relata mudanças nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza autoexame quando orientado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: busca de reforço externo para desempenho dos comportamentos de saúde</p> <p>Continência Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência para urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um padrão previsível de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reação à urgência de forma oportuna</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Eliminação da urina de modo apropriado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Chegada ao vaso sanitário entre a urgência e a eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Início e interrupção do jato</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ingestão da quantidade adequada de líquidos</p> <p>Continência Escala: Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina entre as eliminações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (p. ex. espirros, risadas, levantamento de peso) <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ato de umedecer as roupas durante o dia</p>
--	--	--	---

<p>Cuidados na incontinência urinária⁽⁷³⁴⁾ (B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificar causas multifatoriais da incontinência <input type="checkbox"/> Proporcionar privacidade durante a eliminação <input type="checkbox"/> Explicar a etiologia do problema e a necessidades das ações <input type="checkbox"/> Monitorar a eliminação urinária, incluindo a frequência, resíduo, odor, volume e cor <input type="checkbox"/> Discutir os procedimentos e os resultados esperados com o paciente <input type="checkbox"/> Auxiliar a desenvolver/manter um sentimento de esperança <input type="checkbox"/> Modificar estilo das roupas e o ambiente para favorecer acesso ao uso do vaso sanitário <input type="checkbox"/> Auxiliar a selecionar a roupa/absorvente para o controle de curto prazo até o estabelecimento da continência <input type="checkbox"/> Higienizar a área perineal/genitália a cada micção ou hora programada <input type="checkbox"/> Oferecer <i>feedback</i> positivo diante de qualquer redução dos episódios de incontinências <input type="checkbox"/> Limitar os líquidos para 2 a 3 horas antes de dormir, conforme indicado <input type="checkbox"/> Programar a administração de diuréticos de modo a causar impacto mínimo no estilo de vida <input type="checkbox"/> Orientar o paciente/família a registrar a eliminação e o padrão urinário, conforme protocolo <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a beber no mínimo 1.500ml de líquidos/dia <input type="checkbox"/> Orientar sobre manifestações de constipação ou impactação fecal e sua relação com a incontinência urinária <input type="checkbox"/> Limitar a ingestão de irritantes vesicais (bebidas com cola, café, chá e chocolate) <input type="checkbox"/> Obter uma mostra de urina para cultura e teste de sensibilidade, se necessário <input type="checkbox"/> Avaliar padrão urinário após tratamentos cirúrgico/médico/farmacológicos e auto prescrito <input type="checkbox"/> Monitorar hábitos intestinais <input type="checkbox"/> Encaminhar a especialista em continência urinária, conforme apropriado 	<p>Continência Urinária (p.349) Domínio II: Classe F</p>	<p>Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência para urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um padrão previsível de eliminação <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reação à urgência de forma oportuna <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Eliminação da urina de modo apropriado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Chegada ao vaso sanitário entre a urgência e a eliminação urinária <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um ambiente sem barreiras para higiene <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: íntima independente <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Início e interrupção do jato <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ingestão da quantidade adequada de líquidos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Controle independente das roupas <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso independente do vaso sanitário <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Identificação de medicamentos que interferem no controle urinário <p>Escala: Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina entre as eliminações<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Resíduo pós ato urinário > 100-200<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (p. ex. espirros, risadas, levantamento de peso)<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ato de umedecer as roupas durante o dia
<p>Cuidados na incontinência urinária: enurese em idosos⁽⁷⁶⁵⁾ (B) (*)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auxiliar na avaliação diagnóstica para detectar causas físicas <input type="checkbox"/> Entrevistar o cuidador para levantar dados para treinamento do uso do vaso sanitário, padrão de eliminação urinária, infecções do trato urinário e sensibilidades alimentares <input type="checkbox"/> Determinar a frequência, a duração e a circunstâncias da enurese <input type="checkbox"/> Discutir métodos de êxito ou fracasso nos tratamentos anteriores <input type="checkbox"/> Monitorar o nível de frustração e estresse da família e do idoso <input type="checkbox"/> Realizar exame físico <input type="checkbox"/> Discutir técnicas a serem usadas para reduzir a enurese (luz noturna, ingestão limitada de líquidos, agendamento de idas noturnas ao banheiro e uso de sistema de alarme) <input type="checkbox"/> Estimular o idoso a expressar os sentimentos <input type="checkbox"/> Enfatizar os pontos positivos do idoso <input type="checkbox"/> Encorajar o cuidador a demonstrar amor e aceitação em casa para minimizar o constrangimento no ambiente familiar <input type="checkbox"/> Discutir a aspectos psicossociais da enurese com o cuidador (padrões familiares, ruptura na família, questões de autoestima e características autolimitantes) <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos, conforme protocolo, para controle de curto prazo 	<p>Continência Urinária (p.349) Domínio II: Classe F</p>	<p>Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência para urinar <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um padrão previsível de eliminação <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Eliminação da urina de modo apropriado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Chegada ao vaso sanitário entre a urgência e a eliminação urinária <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um ambiente sem barreiras <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ingestão da quantidade adequada de líquidos

Cuidados na retenção urinária ⁽⁷³⁶⁾ (B)	<input type="checkbox"/> Fazer um levantamento urinário completo, focalizando a incontinência <input type="checkbox"/> Monitorar o uso de agentes não prescritos com propriedades anticolinérgicas ou alfa agonistas, conforme protocolo <input type="checkbox"/> Monitorar os efeitos dos medicamentos prescritos, como bloqueadores do canal de cálcio e anticolinérgicos, conforme protocolo <input type="checkbox"/> Proporcionar privacidade para a eliminação <input type="checkbox"/> Usar o poder da sugestão (água corrente, descarga de vaso sanitário) <input type="checkbox"/> Estimular a bexiga reflexa, aplicando compressa fria no abdome, massageando a parte interna da coxa ou deixando correr água <input type="checkbox"/> Oferecer tempo para esvaziamento da bexiga <input type="checkbox"/> Usar aroma de óleo de gautéria na comadre ou urinol <input type="checkbox"/> Usar técnicas para eliminações urinária <input type="checkbox"/> Inserir sonda vesical conforme apropriado <input type="checkbox"/> Orientar paciente/família a registrar o débito urinário, conforme indicação <input type="checkbox"/> Orientar quanto às formas de evitar constipação/impactação fecal <input type="checkbox"/> Monitorar a ingestão e a eliminação <input type="checkbox"/> Monitorar o grau de distensão vesical por palpação e percussão <input type="checkbox"/> Auxiliar no uso do vaso sanitário a intervalos regulares, conforme indicação <input type="checkbox"/> Realizar sondagem de alívio para remoção do resíduo urinário <input type="checkbox"/> Implementar cateterismo vesical intermitente, conforme indicação <input type="checkbox"/> Encaminhar a especialistas em continência urinária, conforme indicação	Eliminação Urinária (p.441) Domínio II: Classe F	<p>Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Padrão de eliminação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Odor da urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Quantidade de urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Cor da urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Transparência da urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Esvaziamento completo da bexiga <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Reconhecimento da urgência <p>Escala: Grave a Nenhum</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Partículas visíveis na urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Sangue visível na urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Odor ao urinar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Ardência ao urinar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Hesitação ao urinar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Frequência urinária <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Urgência para urinar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Retenção de urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Noctúria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Incontinência urinária <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Incontinência de pressão <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Incontinência de urgência <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Incontinência funcional
--	--	--	--

Irrigação vesical (749)	<input type="checkbox"/> Determinar se a irrigação será contínua ou intermitente <input type="checkbox"/> Recomendar uso de precauções universais para cuidadores e familiares <input type="checkbox"/> Explicar o procedimento ao paciente, reunir os materiais esterilizados para irrigação, mantendo técnica estéril e orientar material para lavagem vesical <input type="checkbox"/> Higienizar com solução antisséptica o local de entrada ou saída do conector em Y <input type="checkbox"/> Instilar o líquido de irrigação conforme protocolo <input type="checkbox"/> Monitorar e manter o gotejamento correto da solução <input type="checkbox"/> Registrar a quantidade de líquido infundida, características do líquido, débito pós irrigação e a reação do paciente.	Recuperação Pós procedimento (p.647) Domínio II: Classe A Eliminação Urinária (p.441) Domínio II: Classe F	Recuperação Escala: Desvio da variação normal a nenhum desvio da variação normal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Eliminação Urinária <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Micção <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Drenagem de sondas/drenos Eliminação Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Padrão de eliminação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Odor da urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Quantidade de urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Cor da urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Transparência da urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Esvaziamento completo da bexiga Eliminação escala: Grave a Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Partículas visíveis na urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Sangue visível na urina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Odor ao urinar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Retenção de urina
Assistência em autocuidado: atividades	<input type="checkbox"/> Determinar as necessidades de assistência pelo indivíduo com as atividades instrumentais da vida diária <input type="checkbox"/> Determinar as necessidades de mudanças relativas à segurança no ambiente doméstico <input type="checkbox"/> Determinar as necessidades de melhorias na casa que compensem as deficiências	atividades da vida diária(AVD) (p.194) Domínio I Classe D	Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Alimentar-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: vestir-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Higiene íntima <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Banhar-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Arrumar-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Andar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Desempenho na transferência
Cuidados com o períneo (587) (F)	<input type="checkbox"/> Auxiliar na higiene perineal <input type="checkbox"/> Manter o períneo seco <input type="checkbox"/> Usar celim de bicicleta alternativo tipo 2 bolas ** <input type="checkbox"/> Limpar completamente o períneo em intervalos regulares a cada intervalo de tempo preconizado para o caso <input type="checkbox"/> Colocar absorventes para drenagens, conforme indicado <input type="checkbox"/> Supervisionar condensação em penso higiênico, promovendo troca quando houver saturação <input type="checkbox"/> Lavar, secar e aplicar protetor de pele após troca e a cada troca de penso	banheiro (p.203) Domínio I: Classe D Autocuidado: atividades da vida diária (AVD) (p.194) Domínio I Classe D	Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realização da higiene íntima após urinar; AVD Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Higiene íntima <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Banhar-se

Assistência no autocuidado ⁽¹⁷⁰⁾ (F)	<input type="checkbox"/> Identificar aspectos culturais do paciente ao promover atividades de autocuidado <input type="checkbox"/> Identificar características etárias do paciente ao promover atividades de autocuidado <input type="checkbox"/> Avaliar a capacidade do paciente para autocuidado independente <input type="checkbox"/> Avaliar a necessidade do paciente de equipamento de adaptação para higiene pessoal, colocação de roupa, arrumação da aparência, higiene íntima e alimentação <input type="checkbox"/> Dar assistência até que o paciente esteja completamente capacitado a assumir o autocuidado <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a aceitar as necessidades de dependência <input type="checkbox"/> Estabelecer uma rotina para as atividades de autocuidado	Autocuidado: atividades da vida diária (AVD) (p.194) Domínio I: Classe D Autocuidado: atividades instrumentais da vida diária (p.195) Domínio I: Classe D	AVD Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Alimentar-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: vestir-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Higiene íntima <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Banhar-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Arrumar-se <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Andar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Desempenho na transferência AIVD Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Compra de itens alimentares <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Compra de itens de vestuário <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Utiliza o telefone <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Comunica-se por escrito <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Abertura de recipientes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Desempenho do trabalho doméstico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Controle do dinheiro <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Viagens em transporte público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Controle da própria medicação enteral
Supervisão da pele ⁽¹⁷⁰⁾	<input type="checkbox"/> Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem <input type="checkbox"/> Usar instrumento de levantamento de dados para avaliar risco da integridade da pele <input type="checkbox"/> Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessiva <input type="checkbox"/> Orientar familiares e cuidadores quanto a sinais de degradação da pele, conforme apropriado	Integridade Tissular: pele e mucosas (p.557) Domínio II: Classe L	Escala: Gravemente comprometido a Não comprometido <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Integridade da pele Escala: Grave a Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Lesões na pele
Modificação do comportamento ⁽²³⁴⁾ (O)	<input type="checkbox"/> Determinar a motivação do paciente para aprendizagem de novas condutas em relação à incontinência <input type="checkbox"/> Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis para desejáveis <input type="checkbox"/> Reforçar decisões construtivas sobre demandas de saúde <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a examinar o próprio comportamento <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a identificar êxitos obtidos <input type="checkbox"/> Identificar o problema do paciente em termos comportamentais <input type="checkbox"/> Usar períodos de tempo específicos ao medir unidades de comportamentos (número de vezes que vai ao banheiro, que se cateteriza) <input type="checkbox"/> Estabelecer objetivos comportamentais por escrito <input type="checkbox"/> Elaborar um programa de mudança de comportamento <input type="checkbox"/> Facilitar o envolvimento de cuidadores no processo de modificação do comportamento <input type="checkbox"/> Oferecer reforço positivo com os comportamentos que devam ser aumentados <input type="checkbox"/> Coordenar um sistema de prêmios ou pontos como <i>feedback</i> para comportamentos complexos e múltiplos <input type="checkbox"/> Promover aprendizagem do comportamento desejado, usando técnicas de modelagens <input type="checkbox"/> Avaliar as mudanças de comportamentos comparando as ocorrências iniciais com as ocorrências de comportamentos pós-intervenção <input type="checkbox"/> Manter reforço durante um período mais longo (telefone ou contato pessoal)	Comportamento de adesão (p.230) Domínio IV: Classe Q Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV: Classe Q	Adesão Escala: Nunca demonstrado à consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Faz perguntas com relação à saúde <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Usa informações respeitáveis de saúde para desenvolvimento de estratégias <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Pondera riscos/benefícios de comportamentos de saúde <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Uso de estratégias para melhorar a saúde <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realização de atividades da vida diária coerentes com a energia e a tolerância <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realização de autoexames <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realização de automonitoração do estado de saúde Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Aceita o diagnóstico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Busca informações de segurança sobre o diagnóstico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Discute o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Relata mudança nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realiza autoexame quando orientado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: busca de reforço externo para desempenho dos comportamentos de saúde

<p>Melhora na disposição para aprender (158) (P/S)</p>	<input type="checkbox"/> Monitorar o nível de orientação/confusão do paciente <input type="checkbox"/> Oferecer tempo ao paciente para fazer perguntas e conversar sobre preocupações <input type="checkbox"/> Lidar com as preocupações específicas do paciente, conforme indicado <input type="checkbox"/> Estabelecer um ambiente de aprendizagem que estabeleça contato o mais rápido possível com o paciente <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a desenvolver confiança na própria capacidade, conforme indicado <input type="checkbox"/> Explicar como as informações auxiliarão o paciente a alcançar as metas <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a reconhecer as opções de tratamento existentes <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a conscientizar-se das suscetibilidades às complicações <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a conscientizar-se da capacidade de evitar doenças ou condições <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a perceber que a situação atual é diferente de alguma situação anterior <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a imaginar ações alternativas de menor risco ao estilo de vida	<p>Satisfação do Cliente: ensino (p.699) <small>Domínio V, Classe E</small></p>	<p>Escala: Nem um pouco satisfeito a completamente satisfeito <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Conhecimentos pessoais levados em consideração antes do ensino <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: explicações dadas em termos compreensíveis <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: explicação do diagnóstico médico <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: explicação dos cuidados de enfermagem <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: explicação das razões dos tratamentos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: explicação das responsabilidades pelo autocuidado no tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: discussão de estratégia para melhorar a saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Explicações dos recursos de saúde disponíveis <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Tempo para o cliente aprender</p>
<p>Melhora da imagem corporal (457) (R)</p>	<input type="checkbox"/> Determinar expectativas do paciente quanto a imagem corporal <input type="checkbox"/> Determinar se o desgosto percebido em relação a algumas características físicas/ou funcionais cria isolamento social <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a discutir mudanças causadas por doenças/cirurgia/processo de envelhecimento <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a determinar o alcance das mudanças reais no corpo ou no nível de funcionamento <input type="checkbox"/> Ajudar o paciente a resgatar convívio social prejudicado em função da incontinência urinária ou suas manifestações (odor, urgência miccional)	<p>Imagem corporal (p. 554) <small>Domínio II, Classe M</small></p>	<p>Escala: Nunca positivo a Consistentemente positivo <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Atitude com relação ao uso de estratégias para melhorar a aparência <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Atitude relativa ao uso de estratégias para melhorar as funções <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Satisfação com a função corporal <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Adaptação a mudanças nas funções do corpo <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Adaptação a mudanças no corpo decorrentes de envelhecimento</p>
<p>Melhora do enfrentamento (R)</p>	<input type="checkbox"/> Avaliar a adaptação do paciente a mudanças na função corporal <input type="checkbox"/> Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e relações <input type="checkbox"/> Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo saúde/doença <input type="checkbox"/> Avaliar e discutir respostas alternativas à situação <input type="checkbox"/> Usar uma abordagem calma e tranquila <input type="checkbox"/> Proporcionar uma atmosfera de aceitação <input type="checkbox"/> Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico <input type="checkbox"/> Buscar entender a perspectiva do paciente a respeito de uma situação de estresse <input type="checkbox"/> Encorajar domínio gradativo da situação <input type="checkbox"/> Encorajar atividades sociais e comunitárias <input type="checkbox"/> Promover situações que encorajem a autonomia do paciente <input type="checkbox"/> Apresentar o paciente a pessoas que tiveram sucesso diante das mesmas experiências <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar as mudanças necessárias no estilo de vida	<p>Enfrentamento (p.445) Domínio III, Classe N</p>	<p>Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Identificação de padrões eficazes de enfrentamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: identificação de padrões ineficazes de enfrentamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relato de redução do estresse <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Verbalização da aceitação da situação <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Modificação no estilo de vida para reduzir estresse <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Adaptação a mudanças no estilo de vida <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de sistema de apoio pessoal <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: identificação de múltiplas estratégias de enfrentamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Verbalização da necessidade de assistência <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relato de redução de sentimentos negativos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relato de aumento do conforto psicológico</p>

Fortalecimento da autoestima (178) (R)	<input type="checkbox"/> Determinar a confiança do paciente no próprio julgamento <input type="checkbox"/> Proporcionar experiências que aumentem a autonomia do paciente <input type="checkbox"/> Transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com a situação <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a aceitar a dependência dos outros, conforme indicado <input type="checkbox"/> Monitorar os níveis de autoestima ao longo do tempo	Autoestima (p.206) Domínio III: Classe M	Escala: Nunca positivo a consistentemente positivo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5:Verbalização de autoaceitação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Aceitação de autolimitações <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Descrição de si mesmo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Consideração com os outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realização de papéis com importância pessoal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Manutenção da boa apresentação e da higiene <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Nível de confiança <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Sentimentos de autovalorização
Melhora do sistema de apoio (157) (R)	<input type="checkbox"/> Levantar dados sobre a reação psicológica à situação e à disponibilidade de um sistema de apoio <input type="checkbox"/> Determinar adesão para uso das redes sociais existentes <input type="checkbox"/> Identificar o grau de apoio da família <input type="checkbox"/> Identificar o grau de suporte financeiro da família <input type="checkbox"/> Determinar o sistema de apoio atualmente em uso <input type="checkbox"/> Determinar as barreiras de uso do sistema de apoio <input type="checkbox"/> Encorajar o paciente a participar de atividades sociais e comunitárias <input type="checkbox"/> Envolver família, pessoas significativas, cuidadores e amigos nos cuidados e no planejamento	Apoio Social (p.165) Domínio III: Classe P	Escala: Não adequado a Totalmente adequado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Desejo de convocar os outros para ajudar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Assistência oferecida pelos outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Tempo proporcionado pelos outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Assistência emocional proporcionada pelos outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Relações de confiança <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Rede social de assistência <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Contatos sociais de apoio.
Ensino: atividade e exercício prescrito 336(S/A)	<input type="checkbox"/> Informar o paciente sobre a finalidade e os benefícios <input type="checkbox"/> Orientar o paciente sobre a maneira de evoluir na atividade/exercício em segurança <input type="checkbox"/> Chamar a atenção do paciente sobre os perigos das capacidades de excessos de estímulos, conforme indicado <input type="checkbox"/> Observar o paciente executando a atividade/exercício estabelecido <input type="checkbox"/> Dar informações sobre equipamentos auxiliares disponíveis que podem ser usados para facilitar o desempenho da habilidade necessária, conforme indicado <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a incorporar o regime de atividades, exercícios de rotina, estilo de vida diária <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a, corretamente, alternar períodos de descanso e atividades	Conhecimento: atividade prescrita (p.271) Domínio IV: Classe S	Escala: Nenhum conhecimento a Conhecimento amplo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Atividade e exercícios prescritos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Propósitos da atividade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Efeitos esperados da atividade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Restrições à atividade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Estratégias para gradativamente, aumentar a atividade <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Rotina realista dos exercícios <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Realização correta dos exercícios <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Benefícios da atividade e do exercício
Ensino: procedimento/tratamento 357(S)	<input type="checkbox"/> Informar o paciente/pessoas importantes sobre quanto e onde o procedimento/tratamento ocorrerá, conforme indicado <input type="checkbox"/> Determinar as experiências anteriores do paciente e o nível de conhecimento relativo ao procedimento/tratamento <input type="checkbox"/> Explicar a finalidade do procedimento/tratamento, explicar o procedimento/tratamento <input type="checkbox"/> Explicar a necessidade de alguns equipamentos e as suas funções <input type="checkbox"/> Dar informações sobre o que será ouvido ou sensações físicas durante o evento (*) <input type="checkbox"/> Corrigir expectativas irreais do procedimento/tratamento, conforme indicado <input type="checkbox"/> Discutir tratamentos alternativos, conforme indicado <input type="checkbox"/> Incluir a família/cuidador e pessoa importante, conforme indicado	Conhecimento: Procedimento de tratamento (p.321) Domínio IV: Classe S	Escala: Nenhum conhecimento a conhecimento amplo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Procedimento de tratamento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Finalidade do procedimento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Etapas do procedimento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Precauções relacionadas ao procedimento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Restrições relacionadas com o procedimento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Uso correto do dispositivo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Ações adequadas diante às complicações <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Efeitos secundários do tratamento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5: Contra indicações ao procedimento

<p>Ensino: treinamento dos esfínteres³⁶⁸(S/Z) (*)</p>	<p><input type="checkbox"/> Informar sobre estratégias que promovam o treinamento dos esfínteres</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre como o idoso se vestir, com roupas mais soltas e fáceis de serem retiradas</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre o que esperar e ignorar acidentes</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre como comunicar as estratégias, expectativas e progresso a outros cuidadores</p> <p><input type="checkbox"/> Dar informações adicionais, quando solicitadas ou necessárias.</p>	<p>Conhecimento: atividade prescrita (p.271) Domínio IV; Classe 5</p>	<p>Escala: Nenhum conhecimento a Conhecimento amplo</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Atividade e exercícios prescritos</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Propósitos da atividade<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Efeitos esperados da atividade<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Restrições à atividade<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Estratégias para, gradativamente, aumentar a atividade<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Rotina realista dos exercícios<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Realização correta dos exercícios<input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Benefícios da atividade e do exercício</p>
<p>Controle do ambiente ⁽¹⁴²⁾ (V)</p>	<p><input type="checkbox"/> Identificar perigos à segurança do paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Remover os riscos ambientais, quando possível</p> <p><input type="checkbox"/> Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos</p> <p><input type="checkbox"/> Providenciar dispositivos de adaptação de modo a aumentar a segurança no ambiente</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar o ambiente quanto a mudanças na condição de segurança</p> <p><input type="checkbox"/> Educar indivíduos e grupos de alto risco para vulnerabilidade ambiental</p>	<p>Comportamento de prevenção de quedas (p.247) Domínio IV; Classe T</p>	<p>Comportamento Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Colocação de barreiras para prevenção de quedas</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Uso de corrimãos de apoio se necessário</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Uso de barras de apoio das mãos</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Uso de tapetes emborrachados na banheira/ducha</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Uso de equipamentos corretores da visão</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Uso de procedimento seguro na transferência</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Retirada de tapetes soltos</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5:Ajuste da altura do vaso sanitário</p>

<p style="text-align: center;">Prevenção de quedas (620)(V)</p>	<input type="checkbox"/> Identificar déficits cognitivos ou físicos dos pacientes, capazes de aumentar o potencial de quedas <input type="checkbox"/> Identificar comportamentos e fatores que afetem o risco de quedas <input type="checkbox"/> Revisar o histórico de quedas com paciente e família <input type="checkbox"/> Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas <input type="checkbox"/> Solicitar ao paciente sua percepção do equilíbrio conforme indicado <input type="checkbox"/> Partilhar com o paciente as observações sobre o modo de andar e de movimentar-se <input type="checkbox"/> Sugerir mudanças ao paciente quanto ao modo de andar <input type="checkbox"/> Orientar e acompanhar o paciente para adaptar-se às mudanças sugeridas no modo de andar <input type="checkbox"/> Orientar o paciente sobre o uso de bengala ou andador, conforme indicado <input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente forma de cair para minimizar lesões <input type="checkbox"/> Providenciar um assento mais alto para o vaso sanitário para facilitar a transferência <input type="checkbox"/> Auxiliar na higiene íntima em intervalos frequentes e programados <input type="checkbox"/> Marcar os limites das portas e dos degraus, se necessários <input type="checkbox"/> Remover peças de mobiliário baixas que constituem em obstáculos para mobilidade <input type="checkbox"/> Providenciar iluminação adequada <input type="checkbox"/> Providenciar iluminação noturna junto ao leito <input type="checkbox"/> Providenciar superfícies antiderrapantes <input type="checkbox"/> Orientar o paciente quanto à organização física do espaço <input type="checkbox"/> Assegurar-se que o paciente usa calçados adequados, que estejam bem amarrados e que tenham solas antiderrapantes <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a usar os óculos receitados, conforme indicado, ao sair da cama <input type="checkbox"/> Educar os familiares sobre os fatores de risco que contribuam para quedas e a forma de reduzi-los <input type="checkbox"/> Orientar a família sobre a importância de apoio para as mãos em escadas, banheiros e corredores <input type="checkbox"/> Auxiliar a família a identificar riscos em casa e a modificá-los	<p style="text-align: center;">Conhecimento: Prevenção de quedas (p.319) Domínio IV: Classe S Comportamento de prevenção de quedas (p.247) Domínio IV: Classe T</p>	<p>Conhecimento: Escala: Nenhum conhecimento a Conhecimento amplo <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso correto de equipamentos auxiliares <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso correto de dispositivos de segurança <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Calçados adequados <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso correto de barras de apoio <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso correto de iluminação no ambiente <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Quando solicitar assistência pessoal <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Estratégias para locomover-se em segurança <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Importância de manter vias de acesso desobstruídas <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de pequenos tapetes de borracha Comportamento: Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Colocação de barreiras para prevenção de quedas <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de corrimãos de apoio se necessário <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de barras de apoio das mãos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de tapetes emborrachados na banheira/ducha <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de equipamentos corretores da visão <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de procedimento seguro na transferência <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Retirada de tapetes soltos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ajuste da altura do vaso sanitário</p>
<p style="text-align: center;">Controle de infecção (468) (V)</p>	<input type="checkbox"/> Orientar o paciente sobre técnicas apropriadas de lavagem das mãos <input type="checkbox"/> Ensino a adequada lavagem de mãos ao cuidador <input type="checkbox"/> Lavar as mãos antes e após cada atividade de cuidado ao paciente <input type="checkbox"/> Aparar pelos e preparar a área, conforme indicado, no preparo para procedimentos invasivos (*) <input type="checkbox"/> Usar cateterismo intermitente para reduzir a incidência de infecção urinária <input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente a obter amostras de urina para jato médio, ao primeiro sinal de retorno de sintomas de infecção, conforme apropriado <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão hídrica, conforme indicado <input type="checkbox"/> Administrar terapia antibiótica, conforme prescrição <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a tomar antibióticos conforme a prescrição <input type="checkbox"/> Orientar o paciente e a família sobre os sinais e sintomas e sobre o momento de relatá-los ao profissional de saúde <input type="checkbox"/> Ensinar ao paciente e familiares como evitar infecções nos casos de cateterização	<p style="text-align: center;">Conhecimento: Controle de infecção (p.290) Domínio IV: Classe S</p>	<p>Escala: Nenhum conhecimento a Conhecimento amplo <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Sinais e sintomas de infecção <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Tratamento para infecção diagnosticada <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Sinais e sintomas de exacerbação de uma infecção <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Efeitos terapêuticos dos medicamentos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Efeitos adversos dos medicamentos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Importância de levar até o final o regime de medicamentos <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Quando obter assistência de profissional de saúde</p>

<p>Promoção do envolvimento familiar⁽⁴⁰⁰⁾ (X)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estabelecer uma relação pessoal com o paciente e seus familiares que estarão envolvidos nos cuidados <input type="checkbox"/> Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do pacientes <input type="checkbox"/> Determinar os recursos físicos, emocionais e educacionais do cuidador principal <input type="checkbox"/> Identificar os déficits no autocuidado do paciente <input type="checkbox"/> Identificar as preferências dos membros da família quanto ao envolvimento com o paciente <input type="checkbox"/> Antecipar e identificar as necessidades da família <input type="checkbox"/> Encorajar os familiares e o paciente a auxiliarem na elaboração de um plano de cuidados <input type="checkbox"/> Monitorar o envolvimento dos familiares nos cuidados do paciente <input type="checkbox"/> Dar informações importantes aos familiares sobre o paciente de acordo com anuência do paciente <input type="checkbox"/> Facilitar a compreensão dos aspectos médicos e da condição do paciente para os familiares <input type="checkbox"/> Identificar outros estressores situacionais para os membros da família <input type="checkbox"/> Determinar o nível da dependência do paciente em relação aos familiares <input type="checkbox"/> Identificar com os familiares as dificuldades de enfrentamento do paciente 	<p>Enfrentamento familiar (p.443) Domínio VI; Classe X Apoio da família durante o tratamento (p.163) Domínio VI; Classe X Relacionamento Cuidador paciente (p.649) Domínio VI; Classe W</p>	<p>Enfrentamento Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Estabelecimento de flexibilidade de papéis <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Confronto de problemas familiares <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manejo dos problemas familiares <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Envolvimento de membros da família na tomada de decisão <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Expressão franca de sentimento e emoções entre os membros <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Uso de estratégias para redução do estresse centrado na família.</p> <p>Apoio Família Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Expressão do desejo de apoio ao membro doente por parte da família <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Expressão de emoções e sentimentos de preocupação com o membro doente por parte da família <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perguntas dos membros sobre formas de oferecer ajuda <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Solitação de informações sobre o paciente</p> <p>Relacionamento Escala: Nunca Positivo a Consistentemente positivo <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Comunicação eficaz <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Paciência <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Calma <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Companheirismo <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Atenção nos cuidados <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Aceitação recíproca <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Respeito mútuo <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Solução cooperativa de problemas <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Senso de responsabilidade <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Sensação recíproca de vínculo</p>
--	--	---	---

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Exercícios para musculatura pélvica 585 (B)</p>	<p><input type="checkbox"/> Determinar a capacidade para reconhecer a urgência miccional</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar o paciente a contrair e relaxar o anel muscular em torno da uretra e ânus como se tentasse evitar o movimento urinário ou intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar o paciente a evitar contrair o abdome, as coxas e as nádegas, prendendo a respiração ou fazendo esforço durante o exercício</p> <p><input type="checkbox"/> Assegurar que o paciente possa distinguir entre o esforço voluntário de contrair os músculos e os esforços involuntários de aliviar a musculatura</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar a paciente do sexo feminino a identificar o músculo levantador do ânus e o urogenital, colocando um dos dedos da mão na vagina e pressionando</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar o paciente a realizar exercícios de fortalecimento muscular, chegando até 300 contrações diárias, mantendo cada contração por 10 segundos e descansando 10 segundos entre cada contração.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar ao paciente que há necessidade de 6 a 12 semanas para que os exercícios mostrem resultados</p> <p><input type="checkbox"/> Oferecer <i>feedback</i> positivo pela realização dos exercícios recomendados</p> <p><input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a monitorar a resposta aos exercícios tentando interromper o fluxo de urina uma vez por semana, no máximo.</p> <p><input type="checkbox"/> Incorporar <i>biofeedback</i> ou estimulação elétrica à rotina dos pacientes selecionados diante de indicação de assistência para identificar os músculos corretos a serem contraídos e/ou para provocar a força desejada de contração muscular</p> <p><input type="checkbox"/> Oferecer esquema estabelecido por instruções escritas que descreva a intervenção e a quantidade recomendada das repetições</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir, diariamente, o registro da continência com o paciente, oferecendo reforço.</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV, Classe Q</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Continência Urinária (p.349) Domínio II, Classe F</p>	<p>Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Discute o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relata mudança nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza autoexame quando orientado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: busca de reforço externo para desempenho dos comportamentos de saúde</p> <p>Continência Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência para urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um padrão previsível de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reação à urgência de forma oportuna</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Eliminação da urina de modo apropriado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Chegada ao vaso sanitário entre a urgência e a eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Início e interrupção do jato</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ingestão da quantidade adequada de líquidos</p> <p>Continência Escala: Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina entre as eliminações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (p. ex. espirros, risadas, levantamento de peso) <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ato de umedecer as roupas durante o dia</p>
--	---	--	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Controle do pessário⁹⁵(B)</p>	<p><input type="checkbox"/> Revisar histórico da paciente em busca de contraindicações à terapia com pessários (ex. infecções pélvicas, lacerações ou lesões no espaço ocupado, não complacência ou endometriose)</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir a manutenção do regime com o paciente antes de ajustar o pessário (visitas frequentes para acompanhamento)</p> <p><input type="checkbox"/> Discutir sobre as necessidades de atividade sexual antes de selecionar o pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Inserir pessário conforme fabricante</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar sobre método de retirada do pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Orientar para relatar desconforto, disúria, mudança na cor, consistência ou frequência de corrimento vaginal</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar a capacidade de fazer autocuidado do pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Agendar consulta para nova verificação de 24 a 72hrs e após este período</p> <p><input type="checkbox"/> Determinar a resposta terapêutica ao uso do pessário</p> <p><input type="checkbox"/> Agendar acompanhamento profissional contínuo a cada três meses</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Comportamento de aceitação (p.1601) Domínio IV, Classe Q</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Continência Urinária (p.349) Domínio II, Classe F</p>	<p>Aceitação Escala: Nunca demonstrado a consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Discuti o regime de tratamento prescrito com o profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza regime de tratamento de acordo com prescrição <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Relata mudança nos sintomas ao profissional de saúde <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Modera reação ao tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Monitora efeitos terapêuticos do tratamento <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza autoexame quando orientado <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Realiza atividades cotidianas de acordo com as recomendações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Busca de reforço externo para desempenho dos comportamentos de saúde</p> <p>Continência Escala: Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reconhecimento da urgência para urinar</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Manutenção de um padrão previsível de eliminação</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Reação à urgência de forma oportuna</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Eliminação da urina de modo apropriado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Chegada ao vaso sanitário entre a urgência e a eliminação urinária</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Início e interrupção do jato</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Esvaziamento completo da bexiga</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ingestão da quantidade adequada de líquidos</p> <p>Continência Escala: Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado</p> <p><input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina entre as eliminações <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Perda de urina com o aumento da pressão abdominal (p. ex. espirros, risadas, levantamento de peso) <input type="checkbox"/>1<input type="checkbox"/>2<input type="checkbox"/>3<input type="checkbox"/>4<input type="checkbox"/>5: Ato de umedecer as roupas durante o dia</p>
---	---	--	--

Nota das autoras: (*) Realizada adaptação do texto para a condição identificada em idosos.

6.5 O ENFERMEIRO E O CUIDADO DE PESSOAS IDOSAS COM POTENCIALIDADES OU INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM VIGOR

As alterações que surgiram em decorrência da mudança do perfil demográfico e epidemiológico do país requer que os enfermeiros atualizem-se quanto às abordagens de cuidado voltadas para as pessoas com doenças crônico-degenerativas, bem como às comorbidades e as situações de impacto associadas a elas, a exemplo a IU⁶⁷.

A longevidade da população veio atrelada à necessidade de melhora e/ou recuperação da qualidade dos anos vividos¹⁶⁴. A Enfermagem se insere neste contexto também nos cuidados junto às pessoas idosas com IU visto que a incontinência é fator impactante sobre a qualidade de vida e de risco para fragilidade entre as pessoas idosas⁶⁷.

A elaboração de um diagnóstico situacional de saúde construído a partir da utilização de técnicas/métodos de investigação mista (*survey*, incidência, representações sociais estrutural e processual) constitui numa possibilidade capaz de instrumentalizar o enfermeiro no planejamento e execução de uma proposta terapêutica de caráter científico, individualizada, abrangente e capaz de gerar impactos positivos sobre os anos vividos pelas pessoas em processo de agrisalhecimento.

Compreender como pensam, agem e se comportam os indivíduos que se pretende prestar cuidados, permite a elaboração de uma avaliação de como a morbidade é entendida por eles, quais estratégias individuais já estão sendo adotadas/incorporadas em seu cotidiano com vistas a amenizar sinais e sintomas¹⁶⁵.

Estar na casa das pessoas para as quais se deseja fazer uma proposta terapêutica que respeite a individualidade, contemple as relações intergeracionais e priorize o resgate da autonomia e da autoestima, constitui numa estratégia para contextualizar o ser cuidado e buscar maneira de fortalecer os vínculos intergeracionais em consonância com as melhores práticas de abordagem da pessoa idosa em nível inter(nacional).

A busca por pensar um cuidado de enfermagem coerente com o contexto social na perspectiva de um cuidado comprometido com indivíduo não pode excluir em sua concepção o contexto social quando se pretende intensificar as chances de obter bons resultados¹⁶⁵.

Por outro lado, na própria concepção da práxis do enfermeiro e de sua metodologia de atuação laboral, o processo de enfermagem prevê a necessidade de um diagnóstico situacional de saúde que preceda ao planejamento de intervenções em enfermagem. Isso se traduz na necessidade de conhecimento das necessidades de saúde individuais e coletivas, bem como das tradições e culturas que orientam comportamentos em saúde, como a procura/adesão ou não, a um tratamento¹⁶⁵.

A abordagem da incontinência urinária em pessoas com 65 anos ou mais representa um desafio para os enfermeiros.

Dentre as razões que alicerçam este cuidado de enfermagem com enfoque na incontinência urinária estão: 1) ser uma área pouco explorada pela profissão; 2) sua abordagem ser aprofundada em nível de especialização e não haver no mercado quantitativo expressivo de enfermeiros para executar o cuidado qualificado para as pessoas em fase de envelhecimento; 3) ser concebida no senso comum como algo associado ao processo natural do envelhecimento humano; 4) se configurar como uma morbidade silente entre quem a possui; 5) gerar constrangimento, dependência e restrição social; 6) ser passível de prevenção, reabilitação ou minimização de seus efeitos; 7) constituir numa área compatível com a atuação de enfermeiros; 8) possibilitar cenário para a atuação e desenvolvimento profissional de enfermeiro na modalidade de autônomo e 9) suas manifestações envolverem dimensões das repostas dos indivíduos que comprometem a qualidade de vida e dos anos vividos.

Considerando que há recomendação do Conselho de Classe da enfermagem para que o enfermeiro utilize o processo de enfermagem como metodologia científica e de atuação laboral, a presente investigação traz como possibilidade de reflexão uma modalidade de consulta de enfermagem, tendo em vista que a abordagem realizada junto aos sujeitos do cuidado foi domiciliar, individualizada, embora contextualizada no núcleo sociofamiliar e com foco na busca ativa por sintomatologia de origem plural cujo desencadeador foi a constatação ou eminência do convívio com a incontinência urinária ao invés da queixa expectada de forma espontânea¹⁶⁵.

O trabalho voltado para a prevenção e reabilitação da incontinência urinária prevê a educação em saúde¹⁰⁰ e esta se constitui em uma das dimensões do cuidado em enfermagem ¹⁶⁵. As dificuldades encontradas nesse processo estão relacionadas às metodologias empregadas, sendo necessário o uso de estratégias adequadas para favorecer a assimilação, desenvolvimento de habilidades e modificações voluntárias de comportamento¹⁶⁶.

A abordagem da pessoa idosa, enquanto indivíduo com consciência formada, hábitos, valores e crenças em saúde que são próprios e prévios à intervenção educativa, exige o conhecimento e habilidade por parte do enfermeiro de teorias educacionais, como a Andragogia que é definida como a "arte ou ciência de conduzir adultos ao aprendizado"¹⁶⁷.

Uma releitura dos pressupostos da andragogia, voltada para a aplicação da mesma em pessoas com 65 anos ou mais, pressupõe que a abordagem educativa contemple que as pessoas idosas conduzem a própria vida em relação aos seus interesses de aprendizado.

Além disso, elas acumulam experiências que vão direcionar condutas e comportamentos em relação ao aprendizado, sendo importante compreender que os interesses da pessoa idosa estarão

voltados para o desenvolvimento de habilidades que tenham aplicabilidade a curto prazo e direcionadas para o seu papel social e familiar. Cabe ressaltar ainda, que, nesta faixa etária, as motivações para o aprender possuem cunho interno¹⁶⁷.

Além da especificidade da abordagem em relação à idade, o enfermeiro necessita considerar que a temática da incontinência é pouco aceita/falada no meio social e que por isso pode causar constrangimento às pessoas⁷⁶. Daí a importância de ser abordada com privacidade, explicitada com tranquilidade, clareza e somente após ser estabelecido vínculo terapêutico¹⁶⁵.

Considera-se que um dos motivos da baixa procura por tratamento e formas terapêuticas de prevenção da IU pode estar relacionado à pouca informação/conhecimento a respeito do tema¹⁶⁸. As abordagens da incontinência em grupos educativos e em atendimentos individuais nas unidades de saúde ou visitas domiciliares se configuram como uma necessidade diante dos já conhecidos impactos que a mesma tem sobre a qualidade de vida e as previsões de aumento de incidência em médio e longo prazo¹¹⁴.

Segundo os preceitos da Teoria de Betty Neuman, o enfermeiro deve ser capaz de auxiliar o indivíduo a fortalecer suas linhas de resistência e então manter o equilíbrio do *continuum* saúde-doença¹²⁴. Sendo assim, um dos papéis do enfermeiro é estruturar um plano de intervenção educativo capaz de fortalecer e recuperar as linhas de proteção das pessoas em processo de envelhecimento, em relação à incontinência urinária¹²⁴.

O planejamento de uma intervenção educativa se constitui na terceira etapa do processo de enfermagem e não deve ser realizada apenas pelo enfermeiro, mas junto aos indivíduos e a equipe que integrará a proposta de cuidado¹⁶⁵. A adoção do modelo andragógico para este tipo de intervenção em enfermagem vem como uma proposta de mudança das relações de ensino, invertendo as relações de poder. Aqui o aprendiz é quem diz o que deseja e necessita aprender¹⁶⁷.

Enquanto isso o enfermeiro apreende as necessidades de saúde do indivíduo/grupo, somado aos seus valores, crenças, costumes e comportamentos e contextualizando a incontinência urinária à realidade local.

Apesar do planejamento da intervenção educativa ser estruturado na necessidade que emerge do indivíduo/grupo¹⁶⁹, a abordagem em relação à incontinência deve buscar retratar os fatores de riscos individuais para predisposição e os intervenientes para o seu agravo, bem como as formas de tratamento. Além disso, deve evidenciar o fato de a IU não ser indissociável ao processo de envelhecimento¹⁰⁰.

Além da atuação em educação em saúde voltada para a IU, cabe ao enfermeiro a assistência ao processo de reabilitação e prevenção da incontinência¹⁰⁰. Através do ensino e prescrição do

tratamento conservador, que incluem exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, terapia comportamental e modificações no estilo de vida ajustadas de acordo com o comportamento individual. Sendo assim o enfermeiro generalista é capaz de reduzir os fatores de risco para instalação e agravamento da IU bem como reabilitar a continência^{10: 100}.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a ocorrência de incontinência urinária em pessoas com 65 anos de idade ou mais e compreender suas representações sociais à luz dos determinantes do processo do envelhecimento com vistas à proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada de enfermagem foi possível identificar formas de enfrentamento da incontinência urinária, demandas de cuidados especializados e cenário para a atuação do enfermeiro generalista.

Ao caracterizar os participantes quanto ao perfil sociodemográfico e o processo de envelhecimento, permitiu identificar que as 110 pessoas com ≥ 65 anos eram 62,7% mulheres; tinham idade média 73 (variabilidade 65 a 96 anos); eram casados ou viviam com companheiro (47,3%) e tinham menos de 7 anos de estudo (88,2%).

As situações de: parto vaginal (53,6%); doenças cardiovasculares (76,4%); DM (29,1%), uso de diurético (28,2%); consumo do tabaco (21,8%); consumo de bebida alcoólica (12,7%); não se correlacionaram com a incontinência urinária (37,3%) e predominou a incontinência urinária de urgência (73,5%).

A perda de urina foi relatada como pequena (70,7%) e considerada como interveniente sobre a qualidade de vida (41,1%) e impactantes sobre as atividades diárias

Diante do exposto, foi possível negar a hipótese de nulidade que negava a feminização do processo de envelhecimento (62,7% de mulheres), que considerava a incidência de incontinência inferior a 30% (37,3% tinham de algum tipo de incontinência), que reafirmava a prevalência de incontinência por urgência e aceitar a hipótese de nulidade para a influência do uso de medicamento anti-hipertensivo sobre o surgimento da incontinência.

Nesta etapa da investigação, foi possível identificar que a incontinência urinária foi interpretada como um marcador do processo do envelhecimento, próprio das situações de longevidade, desconfortante e limitante, havendo predomínio da dimensão valorativa de negatividade e geradora de constrangimento a ponto de dificultar seu enfrentamento e a busca por tratamento especializado. Houve aceitação ou estranhamento de sua ocorrência entre pessoas mais jovens.

Embora não a técnica da evocação livre não possibilitou a emissão de cognemas, a inserção de figuras (TALPDI) como ferramenta auxiliar para a realização da evocação possibilitou conhecer os elementos "terrível", "idoso", "não consegue segurar" e "tem que correr" como os possíveis conteúdos do núcleo central, fato corroborado pelos discursos emergentes da representação social processual.

Na abordagem processual, foi possível identificar formas distintas de construção da representação social para a incontinência urinária de acordo como um evento que ocorre em si, nas pessoas mais velhas e mais novas, embora seus componentes tenham sido semelhantes.

Foi possível na presente investigação identificar um conjunto de evidências que justificaram e subsidiaram a criação de um modelo de cuidado especializado proposto para ser implementado por enfermeiros generalistas.

Ele foi elaborado em consonância com a Resolução 358/2009, de forma a ser compatível com sua utilização em formato eletrônico e para comportar o registro do histórico, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Foi baseado em referenciais teórico/filosófico (Betty Neuman) e taxonômicos (NANDA I, NIC e NOC) para uso em consulta de enfermagem no ambiente domiciliar ou ambulatorial.

A presente investigação trouxe como contribuição um diagnóstico situacional de uma região na qual as pessoas com 65 anos de idade possuem vulnerabilidade sociocultural e sociorrelacional quando se enfoca a incontinência urinária.

Do ponto de vista metodológico, ela se alicerça no método misto como possibilidade de identificar as respostas dos indivíduos às situações para as quais os enfermeiros possuem competência ética e legal para atuarem no cuidado especializado, mesmo sendo generalistas.

Na formação de enfermeiros, a incontinência urinária se configura como um componente que impacta de forma negativa sobre a qualidade de vida, revelando uma lacuna no processo assistencial e na cobertura de programas públicos destinados às pessoas em processo de envelhecimento que vivem em situações de vulnerabilidade.

A relevância da incontinência, enquanto componente das síndromes geriátricas, no contexto investigado, permitiu sugerir: 1) sua inclusão ou redimensionamento entre os conteúdos abordados na formação acadêmica de enfermeiros generalistas; 2) redimensionar políticas, programas e ações locais de caráter emergencial quando se prioriza um processo de envelhecimento ativo e 3) a validação do modelo elaborado com avaliação de seu impacto antes e depois de intervenções terapêuticas nas abordagens das incontinências urinárias.

8 REFERÊNCIAS¹

- 1 TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 878-888, 2010. ISSN 0104-1290.
- 2 ARAÚJO, D. J. et al. **Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida**. Rio de Janeiro: Esc. Anna Nery 15 2011.
- 3 VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009. ISSN 0034-8910.
- 4 NICODEMO, D.; GODOI, M. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciênc. e Ext.**, v. 6, n. 1, 2010.
- 5 IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade - 1980 -2050 - Revisão 2008**. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisa-Cordenação de População e Indicadores Sociais 2008.
- 6 _____. **Síntese de Indicadores Sociais - Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro Jan2010.
- 7 MOREIRA, M. Envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. In: UFMG/CEDEPLAR (Ed.). **Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais**. Belo Horizonte, 2001. p.231.
- 8 MOREIRA, M. D. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In: WONG, L. R. (Ed.). **Envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, ABEP, 2001. p.231.
- 9 BOTH, J. E. et al. Tendências na construção do conhecimento em enfermagem: idoso e autocuidado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde-USCS**, v. 12, n. 39, p. 44-52, 2014. ISSN 1678-054X.
- 10 YAMADA, B. A. et al. Competências do enfermeiro estomaterapeuta Ti SOBEST ou o enfermeiro estomaterapeuta. **Rev Estima**, v. 6, n. 1, 2008. Disponível em: http://www.sobest.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=87 >.
- 11 VIANNA, A. E. et al. A enfermagem oncológica frente ao câncer em pacientes idosos. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 569-572, 2013. ISSN 2176-7114.

¹ Referências segundo EndNote estilo ABNT por ordem de citação.

- 12 SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores Associados à Incontinência Urinária em Idosos com critérios de Fragilidade. **Texto contexto - enferm. vol.21 no.2 Florianópolis Apr./June 2012**, v. 21, n. 2, Apr./June 2012.
- 13 SILVA, E. C. S. et al. Avaliação da massa muscular e sarcopenia em idosos da comunidade. **Nutrire**, v. 38, n. Suplemento, p. 360-360, 2013. ISSN 2316-7874.
- 14 RICCI, G. et al. Avaliação da taxa de mortalidade em um ano após fratura do quadril e fatores relacionados à diminuição de sobrevida no idoso. **Rev Bras Ortop**, v. 47, n. 3, p. 304-9, 2012.
- 15 PAPALÉO-NETTO, M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Guanabara Koogan, 2002. p.1187.
- 16 CASTRO-LIONARD, K. et al. Can maintaining cognitive function at 65 years old predict successful ageing 6 years later? The PROOF study. **Age and Aging**, v. 40, n. 2, p. 259-65, 2011.
- 17 FITZ, F. F. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 2, 2012. ISSN 0104-4230. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000200010&script=sci_arttext >.
- 18 HIGA, R.; LOPES, M. H. B. D. M.; REIS, M. J. Fatores de Risco para Incontinência Urinária na Mulher. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 1, 2008. ISSN 0080-6234. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100025 >.
- 19 RISS, P.; KARGL, J. Quality of life and urinary incontinence in women. **Maturitas**, v. 68, n. 2, p. 137-142, 2// 2011. ISSN 0378-5122. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512210004172> >.
- 20 ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 187, n. 1, p. 116-126, 7// 2002. ISSN 0002-9378. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802000923> >.
- 21 LOPES, D. B. M.; PRAÇA, N. D. S. Prevalência de Incontinência Urinária Autorreferida no Pós-parto e Fatores Relacionados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, 29 de Agosto de 2012 2010. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000400009&script=sci_arttext >.

- 22 VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, p. 571-582, 2012. ISSN 0103-5150. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000300013&nrm=iso >.
- 23 ADAMS, K.; LEIBBRANDT, S.; MOON, H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. **Ageing & Society**, v. 31, n. 4, p. 683-712, 2011.
- 24 PINTO JUNIOR, E. P. et al. Doenças reumáticas e incapacidades no contexto do envelhecimento populacional. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 3, 2012. ISSN 2317-6695.
- 25 FRANÇA, I. S. X. et al. Condições Referidas de Saúde e Grau de Incapacidade Funcional em Idosos. **Rev. Rene**, p. 333-41, abr/jun2011. ISSN 1517-3852. Disponível em: <
http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a15v12n2.htm >.
- 26 MARTINSON, M.; MINKLER, M. Civic Engagement and Older Adults: A Critical Perspective. **The Gerontologist**, v. 46, n. 3, p. 318-324, 2006. Disponível em: <
<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/46/3/318.abstract> >.
- 27 UMBERSON, D.; MONTEZ, J. Social Relationships and Health. **Journal of health and social behavior**, v. 51, n. 1 suppl, p. 55-66, 2010.
- 28 UMBERSON, D.; CROSNOE, R.; RECZEK, C. Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. *Annual Review of Sociology*. 2010.
- 29 ALEIXO, T. et al. Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIII, p. 141-149, 2011. ISSN 0874-0283.
- 30 ÁVILA, R. F. A. **Idosos: a enfermagem e os cuidados de proximidade**. 2009. 178 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- 31 BICALHO, M. B.; LOPES, M. H. B. D. M. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1009-1014, 2012. ISSN 0080-6234.
- 32 CALDAS, C. P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, p. 783-788, 2010. ISSN 0104-0707.
- 33 LOUREIRO, L. D. S. N. et al. Incontinência Urinária em Mulheres Idosas: Determinantes, Consequências e Diagnósticos de Enfermagem. **Rev Rene**,

Fortaleza, p. 417-23, abr/jun 2011. ISSN 1517-3852. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/resumo_portugues/a25v12n2.htm >.

- 34 GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Enferm.** 13: 188-193 p. 2009 jan-mar.
- 35 FONTES, W. D. D.; LEADEBAL, O. D. C. P.; FERREIRA, J. D. A. Competências para aplicação do processo de enfermagem: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, n. 3, 2012. ISSN 2175-6783.
- 36 LOUREIRO, L. D. S. N. et al. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 12, n. 2, 2011. ISSN 2175-6783.
- 37 COFEN. **Resolução 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privado, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem: 5 p. out 2009.
- 38 MELANIE, M.; EVELY, W. **Bases Teóricas para Enfermagem.** 2º. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 ISBN 978-85-363-1788-5.
- 39 GEORGIA, B. J. E. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: 1993.
- 40 BRAGA, C. G.; CRUZ, D. D. A. L. M. D. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, p. 240-244, 2003. ISSN 0104-1169.
- 41 BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. **NIC: Classificação da Intervenções de Enfermagem.** 5. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- 42 **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2012-2014.** Porto Alegre: 2012.
- 43 MOORHEAD, S. et al. **NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem.** 4. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 936
- 44 OPAS; SAÚDE, O. P.-A. D. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde: 12 p. 2005.
- 45 DIAS, J. A.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F. Ser idoso e o processo do envelhecimento: Saúde percebida. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 372-379p., 2011.

- 46 MEDEIROS, F. D. A. L.; RODRIGUES, R. P. L.; NÓBREGA, M. M. L. Visão de acadêmicos de enfermagem em relação ao processo de envelhecimento. **Rev Rene**, v. 13, n. 4, p. 825-33, 2012.
- 47 MACIEL, A.; MENDES, M. F.; SANTOS, J. R. As implicações da aceleração do envelhecimento na base da estrutura etária do mercado de trabalho brasileiro. 2011.
- 48 MAGALHÃES, C. P.; FERNANDES, A.; ANTÃO, C. Envelhecimento ativo. 2012.
- 49 LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 700-701, 2003. ISSN 0102-311X.
- 50 LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 830-839, 2005. ISSN 0102-311X.
- 51 DE CARVALHO, J. A. M. Para onde iremos: algumas tendências populacionais no século XXI. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 18, n. 1/2, p. 7-13, 2013. ISSN 1980-5519.
- 52 CAMARANO, A. A. Perspectivas para Cairo+ 20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, n. 2, p. 603-608, 2013. ISSN 1980-5519.
- 53 GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 759-771, 2003. ISSN 0102-311X.
- 54 VANDECASTEELE, L. Life Course Risks or Cumulative Disadvantage? The Structuring Effect of Social Stratification Determinants and Life Course Events on Poverty Transitions in Europe. **European Sociological Review**, 2010.
- 55 UMBERSON, D.; CROSNOE, R.; RECZEK, C. Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. **Annual Review of Sociology**, v. 36, n. 1, p. 139-57, 2010.
- 56 RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 655-662, 2005. ISSN 0034-8910.
- 57 TEIXEIRA, I. N. D. A. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, v. 19, p. 81-94, 2008. ISSN 0103-6564.
- 58 DIAS, E. F. O envelhecimento populacional eo direito à saúde da pessoa idosa. **Revista Jurídica Direito, Sociedade E Justiça**, v. 1, n. 1, 2013. ISSN 2318-7034.

- 59 MORAIS, E. P. D.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, p. 374-383, 2008. ISSN 0104-0707.
- 60 BRASIL. **Caderno Humaniza SUS**. SAÚDE, M. D. Brasília-DF: 242 p. 2010.
- 61 BOAS, P. J. F. V. et al. Acompanhamento domiciliar de idoso de Unidade da Saúde da Família de Botucatu. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 161-165, 2012. ISSN 0100-5502.
- 62 HERMANN, A. P. et al. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2011. ISSN 2176-9133.
- 63 CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, 2013. ISSN 0104-1290.
- 64 DEPP, C.; VAHIA, I.; JESTE, D. Successful Aging: Focus on Cognitive and Emotional Health. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, n. 1, p. 527-50, 2010.
- 65 DILLAWAY, H. E.; BYRNES, M. Reconsidering Successful Aging. **Journal of Applied Gerontology**, v. 28, n. 6, p. 702-722, 2009. Disponível em: <<http://jag.sagepub.com/content/28/6/702.abstract>>.
- 66 DILLAWAY, H.; BYRNES, M. Reconsidering Successful Aging. **Journal of Applied Gerontology**, v. 28, n. 6, p. 702-22, 2009.
- 67 MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana de Saúde: 98 p. 2012.
- 68 IRWIN, D. E. et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. **European Urology**, v. 50, n. 6, p. 1306-1315, 12// 2006. ISSN 0302-2838. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030228380601116X>>.
- 69 NEVES, L. L. D. S. et al. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. Fortaleza: **Rev Rene**: 417-23 p. 2011.
- 70 TANAGHO, M. **Urologia Geral de Smith**. 17°. Artmed, 2010. 844p. ISBN 9788563308092.
- 71 LOUIS R, K.; ALAN J, W.; NOVICK, A. C. **Campbell - Walsh Urology**. 9°. Elsevier, 2006.

- 72 **FANÍ, F. F.** et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 2, 2012. ISSN 0104-4230. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000200010&script=sci_arttext >.
- 73 **MELO, B. E. S.** et al. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, p. 41-50, 2012. ISSN 1809-9823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100005&nrm=iso >.
- 74 **SALOMON, K.** Resting Cardiovascular Levels and Reactivity to Interpersonal Incivility Among Black, Latina/o, and White Individuals: The Moderating Role of Ethnic Discrimination. **Health Psychology**, v. 27, n. 4, p. 473-481, 2008. ISSN 0278-6133. Disponível em: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&NEWS=N&LINKOUT=Y&CSC=Y&AN=00003615-200807000-00009> >.
- 75 **RODRIGUES, R. A. P.; MENDES, M. M. R.** Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, p. 5-20, 1994. ISSN 0104-1169.
- 76 **MENEZES, G. M. D.** et al. Queixa de Perda Uriária: Um Problema Silente Pelas Mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm. vol.33 no.1 Porto Alegre Mar. 2012**, v. 33, n. 1, Mar.2012. ISSN 1983-1447. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100014 >.
- 77 **DE MELLO MOREIRA, M.** O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014. ISSN 1980-5519.
- 78 **TATE, R. B.; LAH, L.; CUDDY, T. E.** Definition of Successful Aging by Elderly Canadian Males: The Manitoba Follow-Up Study. **The Gerontologist**, v. 43, n. 5, p. 735-744, 2003. Disponível em: <<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/43/5/735.abstract> >.
- 79 **FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.** et al. The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. **Ageing & Society**, v. 30, n. 01, p. 41-56, 2010.
- 80 **GUILLEMARD, A.-M.; LÉGARÉ, J.; ANSART, P.** **Entre travail, retraite et vieillesse: le grand écart.** 1. Paris: L'Harmattan, 1995.
- 81 **PINTO, P. F.** **Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas.** 2014. 250 Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, PT.

- 82 FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-186, Jan/Abr 2004.
- 83 ABRIC, J.-C. A abordagem estrutural das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**, v. 2, p. 27-38, 1998.
- 84 JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Paris: PUF, 1989.
- 85 OLIVEIRA, M. S. D. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 180-186, 2004. ISSN 0102-6909.
- 86 ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação: **Revista Múltiplas Leituras**: 18-43 p. jan/jun2008.
- 87 OLIVEIRA, D. C. Pontuando idéias sobre o desenvolvimento metodológico dos estudos de representações sociais nas pesquisas brasileiras. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 86-90, 2005.
- 88 SPINK, M. **O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense: 19-45 p. 1993.
- 89 MOSCOVICI, S. **A Representação Social da psicanálise**. Zahar, 1978.
- 90 _____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Vozes, 2003. ISBN 8532628966.
- 91 OLIVEIRA, D. C. et al. Análises das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: PAREDES, A. S. (Ed.). **Perspectivas Teórico-Methodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. cap. 573-603,
- 92 PECORA, A. R.; SÁ, C. P. Memórias e Representações Sociais da Cidade de Cuiabá, ao Longo de Três Gerações. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 319-325, 2008.
- 93 OLIVEIRA, D. C. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S., et al (Ed.). **Teoria das representações sociais 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011. p.585-624.
- 94 SILVA, V. S. D. et al. Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros; Use of the nursing process and difficulties found by nurses; Utilización del proceso de enfermería y las dificultades encontradas por enfermeros. **Cogitare enferm**, v. 18, n. 2, p. 351-357, 2013. ISSN 1414-8536.

- 95 SOUSA, C.; LOPES, A. As transformações curriculares no ensino superior: a formação de professores e de enfermeiros. **Trabalho docente e formação: políticas, práticas e investigação: pontes para a mudança**, 2014.
- 96 DOS SANTOS, E. K. A.; REIBNITZ JÚNIOR, C.; TOGNOLI, H. **Histórico de enfermagem, exame físico e imunização em idosos**. Universidade aberta do SUS 2011. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/892>>
- 97 SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011. ISSN 0034-7167.
- 98 KREMPSE, P. et al. **Estratégia para a prática de ensino clínico na graduação de enfermagem: cuidado de pessoas no procedimento endoscópico**. Curitiba: XI Congresso Nacional de Educação e II Seminário Internacional de Representações Sociais, 2013.
- 99 DE MORAES, C. A.; COLICIGNO, P. R. C. Estudo morfofuncional do sistema renal. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, v. 1, n. 1, p. 161-167, 2007. ISSN 2178-6860.
- 100 DA SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1221-1226, 2012. ISSN 1980-220X.
- 101 VIEIRA, C. P. D. B.; FIALHO, A. V. D. M.; MOREIRA, T. M. M. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, p. 160-166, 2011. ISSN 0104-0707.
- 102 GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12º. Elsevier, 2011. 1216p. ISBN 9788535237351.
- 103 SROUGI, M. Infecções do trato urinário. **Revista de Medicina**, v. 84, n. 3-4, p. 102-112, 2013. ISSN 1679-9836.
- 104 SOUSA, L. B. D. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem; Prácticas de educación en salud en Brasil: la actuación de la enfermería. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010. ISSN 0104-3552.
- 105 CARNEIRO, J.; JUNQUEIRA, L. C. **Biologia Celular e Molecular**. 9º. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 540p
- 106 ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. D. Superficial peripheral vein type classification of adolescents, adults and elderly according to the Delphi technique. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, p. 86-94, 2008. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100014&nrm=iso>.

- 107 DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Básica**. 2º. Rio de Janeiro: Atheneu Rio, 2002. ISBN 9788573790702.
- 108 BERLEZI, E. M. et al. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 415-423, 2011. ISSN 1809-9823. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300002&nrm=iso >.
- 109 LINCK, C. L. et al. Perfil do idoso em tratamento radioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013. ISSN 1984-7513.
- 110 OLIVEIRA, J. R. D.; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 343-352, 2011. ISSN 1809-9823. Disponível em: <
http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200014&nrm=iso >.
- 111 VASCONCELOS, C. T. M. et al. Disfunções do assoalho pélvico: perfil sóciodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. **Gestão e Saúde**, v. 4, n. 1, p. pag. 1484-1498, 2012. ISSN 1982-4785.
- 112 FUMINCELLI, L. et al. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 127-131, 2011. ISSN 0103-2100.
- 113 MENEZES, G. M. D. et al. QUEIXA DE PERDA URINÁRIA: um problema silente pelas mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 100-108, 2012. ISSN 1983-1447.
- 114 DIAS, A. C. C.; NELAS, P. A. A. B.; DUARTE, J. C. Qualidade de vida da mulher incontinente urinária. Instituto Politecnico de Viseu, Escola superior de Saúde. Dissertação de mestrado, 2013. Disponível em: <
<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1990>>
- 115 TEIXEIRA, M. A. D. Causas da incontinência urinária em idosos. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão de curso em enfermagem, 2011. Disponível em: <
<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/35936>>
- 116 KNORST, M. R.; MELO, A. D. Incontinência Urinária e Obesidade. **Ciencia & Saúde**, v. vol.4, n. 2, p. 2011
- 117 LEROY, L. D. S.; LOPES, M. H. B. D. M.; SHIMO, A. K. K. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, p. 692-701, 2012. ISSN 0104-0707.

- 118 LOPES, D. B. M.; PRAÇA, N. S. Prevalência de incontinências urinárias autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 574-80, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/15.pdf> >.
- 119 LOPES, D. B. M.; PRAÇA, N. D. S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto: características clínicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 559-564, 2012. ISSN 0080-6234.
- 120 LOPES, D. B. M.; DE SOUZA PRAÇA, N. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores relacionados. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 4, p. 574-80, 2012.
- 121 SILVA, J. D. C.; PRADO, M. C.; ROMÃO, J. D. S. F. Grau de força muscular do assoalho pélvico em mulheres incontinêntes obesas e não obesas. **Ciência & Saúde**, v. vol.4, n. 2, p. p.37-44, Jul/Dez2011. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/9009/7259> >.
- 122 MATA, L. R. F. D.; NAPOLEÃO, A. A. Nursing interventions for patients discharged from prostatectomy: an integrative review. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 574-579, 2010. ISSN 0103-2100.
- 123 OLIVEIRA, E. G. D.; MARINHEIRO, L. P. F.; SILVA, K. S. D. Diabetes melito como fator associado às disfunções do trato urinário inferior em mulheres atendidas em serviço de referência; The association between diabetes mellitus and lower urinary tract dysfunctions in women assisted in a reference service. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 33, n. 12, p. 414-420, 2011. ISSN 0100-7203.
- 124 BRAGA, G. C.; SILVA, J. V. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.
- 125 CRESWELL, J. W. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. Sage, 2013. ISBN 1452226105.
- 126 FLICK, U. **An introduction to qualitative research**. Sage, 2014. ISBN 1446297721.
- 127 BRASIL; IBGE. **Censo Demográfico 2010: Sinopse do Censo Demográfico 2010. Minas Gerais**. Brasília (DF): Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010.
- 128 DE, N. O. B. D. S. Ú. et al. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. SAÚDE, M. D. 1997.
- 129 PAULINO, I.; BEDIN, L. P.; PAULINO, L. V. Estratégia saúde da família. In: (Ed.). **Estratégia saúde da família: Ícone**, 2009.

- 130 Rosa,W; Labete, R . Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.
- 131 MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. São Paulo: Atlas, 2010.
- 132 FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Rev de Administração**, v. 35, n. 3, p. 105-112p., Jul/Set 2000.
- 133 PINTO, P. F.; FERNANDES, A.; BOTELHO, M. A. S. **Escala visual analógica: coleta de dados em saúde e em atividade física**. Congresso da Sociedade de Cardiologia de São Paulo, IX Simpósio de Educação Física e Esporte em Cardiologia: Suplemento Especial da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo 2008.
- 134 OLIVEIRA, D. C. D. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. 2001. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem
- 135 WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011. ISSN 1806-3446.
- 136 MINAYO, M. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 137 BARDIN, L. **A análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- 138 PEREIRA, M. M.; DA SILVA, N. C. Livros didáticos da Rede Estadual de Educação (São Paulo): a Educação de Jovens e Adultos ea Lei 10.639/03. **Revista Ciências Humanas**, v. 7, n. 1, 2014. ISSN 2179-1120.
- 139 BONETI, L. W. Exclusão e inclusão social: teoria e método. **Revista Contexto & Educação**, v. 21, n. 75, p. 187-206, 2013. ISSN 2179-1309.
- 140 PORTUGAL. **Ana europeu do envelhecimento ativo e solidariedade entre gerações**: Governo de Portugal Jan.2012.
- 141 RADICAL, I. U. P. P. **Caracterização de grupo de pacientes com incontinência urinária**. 2013. UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO
- 142 CRIPPA, A.; DALL’OGLIO, M. Doenças da próstata. **RBM rev. bras. med**, v. 70, n. 12, 2013. ISSN 0034-7264.
- 143 FREITAS, A. O. et al. Cinesioterapia e eletroestimulação sacral no tratamento de incontinência urinária masculina pós prostatectomia–relato de caso. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 11, n. 23, p. 53-58, 2014. ISSN 2318-2083.

- 144 SALDANHA, E. D. A. et al. Diagnósticos de enfermagem e modelo teórico de Roy em pacientes prostatectomizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 14, n. 4, 2013. ISSN 2175-6783.
- 145 Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2012 Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD000081 - Disponível em:< <http://es.summaries.cochrane.org/CD000081/episiotomia-para-el-parto-vaginal#sthash.jhjpy8qC.dpuf>>
- 146 HERRERA, B. S.; ORTIZ, L. B.; GONZÁLEZ, G. M. C. Incontinencia y enfermedad crónica. **Aquichan**, v. 13, n. 3, 2013. ISSN 2027-5374.
- 147 CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 12, 2012. ISSN 2175-6783.
- 148 DELARME LINDO, R. D. C. A. et al. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 296-303, 2013. ISSN 1980-220X.
- 149 DA SILVEIRA LANGONI, C. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014. ISSN 2316-9117.
- 150 DO AMARAL ZAITUNE, M. P. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 583-595, 2012.
- 151 SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 14, n. Supl 4, p. 713-719, 2011.
- 152 BERLEZI, E. M. et al. Fatores de risco para incontinência urinária em mulheres pós-menopausa. **Revista Contexto & Saúde**, v. 9, n. 16, p. 77-85, 2013. ISSN 2176-7114.
- 153 EBBESEN, M. H. et al. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). **BMC urology**, v. 13, n. 1, p. 27, 2013. ISSN 1471-2490.
- 154 JR, W. F. B.; MENDES, F. M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, 2007.
- 155 HERRMANN, V. et al. Associação entre o escore do International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence/Short Form e a Avaliação Urodinâmica em mulheres com incontinência urinária. **CEP**, v. 13083, p. 970, 2013.

- 156 ARRIBILLAGA, L. et al. Diferencias clínicas y urodinámicas en mujeres con incontinencia urinaria mixta e incontinencia urinaria de urgencia pura. **Revista Argentina de Urología**, v. 78, n. 4, p. 139-143, 2013. ISSN 1853-418X.
- 157 DOS SANTOS FERREIRA, P. C.; DOS SANTOS TAVARES, D. M.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.
- 158 GAVIRA PAVÓN, A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. **Atención Primaria**, v. 46, n. 2, p. 100-108, 2014. ISSN 0212-6567.
- 159 CAVADAS, L. F. **Articulação de cuidados pelo médico de Medicina Geral e Familiar: promovendo a melhoria da qualidade de vida em doente terminal**. 2011. ISBN 2179-7994. Disponível em: < <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/96> >.
- 160 BERLEZI, E. M. et al. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 14, n. 3, p. 415-23, 2011.
- 161 DA COSTA, T. L. et al. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/Aids: possibilidades de convivência, normatividade e resignificação/Structural analysis of social representations of antiretroviral therapy. **Psicologia e Saber Social**, v. 2, n. 1, p. 104-114, 2013. ISSN 2238-779X.
- 162 JOHNSON, M. et al. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC**. Elsevier Brasil, 2012. ISBN 8535265236.
- 163 FERREIRA, G. D. C. et al. **Captação de órgãos e o binômio familiares/corpo: instrumentos para subsidiar a abordagem do enfermeiro**. Rev Rene. 14: 405-16 p. 2013.
- 164 SILVA, R. C. D. et al. Envelhecer saudável—uma proposta multidisciplinar no resgate ao valor do idoso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013. ISSN 1984-7513.
- 165 TAYLOR, C. R. et al. **Fundamentos de Enfermagem-: A Arte ea Ciência do Cuidado de Enfermagem**. Artmed Editora, 2014. ISBN 8582710623.
- 166 COLTRO, P. S. et al. Atuação da cirurgia plástica no tratamento de feridas complexas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 38, p. 381-386, 2011. ISSN 0100-6991. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912011000600003&nrm=iso >.

- ¹⁶⁷ DRAGANOV, P. B.; FRIEDLÄNDER, M. R.; SANNA, M. C. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 149-156, 2011. ISSN 1414-8145.
- ¹⁶⁸ BOMFIM, I. Q. M.; SOUTINHO, R. S. R.; DE ARAÚJO, E. N. Comparação da Qualidade de Vida das Mulheres com Incontinência Urinária Atendidas no Sistema de Saúde Público e Privado. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 16, n. 1, 2014. ISSN 2237-9150.
- ¹⁶⁹ NOGUEIRA, A. et al. Risco de queda nos idosos: educação em saúde para melhoria da qualidade de vida. **Revista Práxis**, v. 4, n. 8, 2013. ISSN 2176-9230.

ANEXOS e APÊNDICES

APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1.DETERMINANTES PESSOAIS (I)				
Ano nascimento: _____		Gênero: <input type="checkbox"/> fem <input type="checkbox"/> masc		Naturalidade: _____
Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> desquitado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro(a) <input type="checkbox"/> sem companheiro(a)				
Profissão: _____		Ocupação: _____		Ano aposentadoria: _____
Tempo de Escolaridade em anos _____ Conclusão: <input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3º incompleto <input type="checkbox"/> 3º completo				
TÉCNICA DA EVOCAÇÃO				
Tendo as figuras apresentadas e o termo indutor "perder xixi", diga as cinco primeiras palavras que lhe veem à mente				
Ordem de evocação	Palavra ou expressão evocada diante do termo indutor: perder urina	Figuras apresentadas		
1				
2				
3				
4				
5				
2. DETERMINANTES FAMILIARES E COMUNICACIONAIS/INTERACIONAIS(I)				
Qual é a sua situação familiar atual?:				
<input type="checkbox"/> solteiro a viver só		<input type="checkbox"/> viúvo a viver em família		
<input type="checkbox"/> solteiro a viver em família		<input type="checkbox"/> divorciado ou separado a viver só		
<input type="checkbox"/> casado a viver como tal		<input type="checkbox"/> divorciado ou separado a viver em família		
<input type="checkbox"/> viúvo a viver só		<input type="checkbox"/> solteiro/viúvo/divorciado a viver em instituição		
		<input type="checkbox"/> outros especificar _____		
Se é casado, ou vive com companheiro(a), que idade ele(a) tem? _____				
Com quem partilha moradia? Em que ambiente?				
<input type="checkbox"/> em sua casa. <input type="checkbox"/> em casa deles <input type="checkbox"/> outros		Conclusão: Total de pessoas com quem partilha a moradia?: <input type="checkbox"/> 1; <input type="checkbox"/> 2; <input type="checkbox"/> 3; <input type="checkbox"/> 4; <input type="checkbox"/> 5; <input type="checkbox"/> 6; <input type="checkbox"/> 7; <input type="checkbox"/> 8; <input type="checkbox"/> 9; <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> +10		
Impacto da idade no convívio familiar: Como o Sr(a) avalia a influência de sua idade sobre o convívio familiar?				
<input type="checkbox"/> extremamente comprometido		<input type="checkbox"/> substancialmente comprometido		<input type="checkbox"/> levemente comprometido <input type="checkbox"/> não comprometido
Tipo e característica da convivência intergeracional Como o Sr(a) avalia a convivência intergeracional neste momento de sua vida?				
descendentes: <input type="checkbox"/> nunca demonstrado <input type="checkbox"/> raramente demonstrado <input type="checkbox"/> comumente demonstrado <input type="checkbox"/> consistentemente demonstrado				
ascendentes: <input type="checkbox"/> nunca demonstrado <input type="checkbox"/> raramente demonstrado <input type="checkbox"/> comumente demonstrado <input type="checkbox"/> consistentemente demonstrado				
contemporâneo <input type="checkbox"/> nunca demonstrado <input type="checkbox"/> raramente demonstrado <input type="checkbox"/> comumente demonstrado <input type="checkbox"/> consistentemente demonstrado				
(I) Contatos sociais para comunicação: Com quem o Sr(a) conversa e convive?				
<input type="checkbox"/> parentes <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> contemporâneos <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> cuidadores <input type="checkbox"/> vizinhos <input type="checkbox"/> pessoal do comércio <input type="checkbox"/> outros especificar: _____				
(II) Existência de interlocutor comunicação: Quantas pessoas o Sr(a) tem contatos para conversar e qual avaliação o Sr(a) faz deste contato?				
Quantitativo Pessoas que convive		Avaliação da Qualidade da Convivência		Vínculo
<input type="checkbox"/> descendente:		insuficiente <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> excelente		<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> ascendente:		insuficiente <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> excelente		<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> contemporâneo:		insuficiente <input type="checkbox"/> razoável <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> excelente		<input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> profissionais <input type="checkbox"/> outro
(I) Quantitativo de pessoas que atribui importância para a comunicação e periodicidade do contacto Quantas pessoas o Sr(a) considera importantes para conversar e qual a periodicidade de contato que tem com elas?				
Uma pessoa		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
Duas a cinco pessoas		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
Mais de cinco pessoas		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
(II) Forma de contato com a realidade social: Quais as fontes de informação (por leitura e audição) e qual a frequência de contato?				
Leitura	<input type="checkbox"/> jornal	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> livros	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> revista	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
Ouvir	<input type="checkbox"/> tv	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> rádio	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> música	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> internet, mp3	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
	<input type="checkbox"/> outros	<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
(I) Participação em atividades voluntárias/comunitárias/culturais/religiosas: O Sr(a) participa de alguma atividade voluntária?				
Natureza da Atividade		Frequência		
<input type="checkbox"/> religiosa		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
<input type="checkbox"/> entidades de serviços		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
<input type="checkbox"/> educacional		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
<input type="checkbox"/> comunidade de bairro		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente
<input type="checkbox"/> outros		<input type="checkbox"/> esporadicamente	<input type="checkbox"/> mensalmente	<input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> diariamente

3. DETERMINANTES DE SAÚDE (I)

(I) Alterações no estado de Saúde: O Sr(a) tem algum tipo de doença? sim não Em caso positivo, que tipo de doença?

<input type="checkbox"/> cardiovascular	<input type="checkbox"/> respiratória	<input type="checkbox"/> digestivo	<input type="checkbox"/> neoplasias	<input type="checkbox"/> metabólicas	<input type="checkbox"/> osteoarticular muscular
<input type="checkbox"/> autoimune	<input type="checkbox"/> órgãos sentido	<input type="checkbox"/> psicossomáticas	<input type="checkbox"/> infecciosas parasitárias	<input type="checkbox"/> genitourinário	<input type="checkbox"/> outros

(I) História Ginecológica n° gestações _____ n° partos: _____ n° abortos: _____ tipo parto: _____ Cirurgia ginecológica não sim

Proctologia cirurgia próstata não sim

(I) Medicamentos em uso nos últimos 30 dias: O Sr(a) fez uso de algum medicamento nos últimos 30 dias? não sim. Que tipo?

<input type="checkbox"/> anti-hipertensivo	<input type="checkbox"/> antibiótico	<input type="checkbox"/> diurético	<input type="checkbox"/> antiinflamatório	<input type="checkbox"/> corticóide	<input type="checkbox"/> hipoglicemiante e insulina
<input type="checkbox"/> cardiotônico	<input type="checkbox"/> broncodilatador	<input type="checkbox"/> ansiolítico	<input type="checkbox"/> vasodilatador	<input type="checkbox"/> antidepressivo	<input type="checkbox"/> outros

Fatores de risco ou protetores para o estado de saúde (I)

(I) Consumo ativo e/ou passivo do tabaco: O Sr(a) é fumante?

Tipo	Número de cigarros	Tipo de tragada	Tempo de interrupção
<input type="checkbox"/> passivo <input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> ex-fumante	especificar _____	<input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> média <input type="checkbox"/> profunda	especificar _____

Uso de Bebidas Alcoólicas: O Sr(a) faz ou fez uso de bebida alcoólica? sim não Ex-usuário, há quanto tempo deixou de fazer uso: _____ Nos últimos 30 dias qual é a frequência do uso de bebidas alcoólicas?

socialmente/ esporadicamente semanalmente 2 a 3 vezes por semana diariamente

(I) Consumo de Bebidas Alcoólicas: O Sr(a) faz ou fez uso de bebida alcoólica?

Tipo	Frequência	Tempo de interrupção
<input type="checkbox"/> destilada <input type="checkbox"/> fermentada <input type="checkbox"/> outras	<input type="checkbox"/> socialmente <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> 2 a 3 x por semana <input type="checkbox"/> diariamente	especificar _____

Uso, frequência, necessidade e forma como recorre aos serviços de saúde (I)

Serviço(s) de saúde usado: Que tipo de serviço(s) de saúde recorre, em caso de necessidade? Serviço(s): público privado.

Motivo que desencadeia ida ao Serviço de saúde: Quais são os motivos que levam o Sr(a) a procurar atendimento num serviço(s) de saúde?

emergencial prosseguimento/retorno controle/acompanhamento prevenção outros

Frequência que recorre ao(s) serviço(s) de saúde: Com que frequência o Sr(a) procura ser atendido pelo(s) serviço(s) de saúde

preventivamente nunca esporadicamente/ocasionalmente periodicamente sempre
 Controle/tratamento sempre periodicamente esporadicamente/ocasionalmente nunca

Avaliação da adequação do serviço à sua necessidade: Qual é a avaliação que o Sr(a) faz sobre o(s) serviço(s) que usa?

insuficiente razoável bom excelente

Tempo gasto para ir ao serviço saúde, quando necessita: Quando o Sr(a) tem/sente necessidade de recorrer ao(s) serviço(s) de saúde quanto tempo gasta para procurar o atendimento?

durante o mês ou mais durante a semana no outro dia imediatamente

Tempo médio decorrido entre a marcação de uma consulta e o atendimento: Qual o tempo médio decorrido entre a procura por uma consulta e o atendimento?

de um ano a 6 meses num mês numa semana em um a dois dias

(Des)acompanhamento para ir ao serviço saúde O Sr(a) tem alguém para acompanhá-lo(s) ao serviço(s) de saúde?

nunca tenho tenho raramente tenho frequentemente tenho sempre

Avaliação para inserir-se no autocuidado- cuidar de si (A)

Disponibilidade para engajar-se em atividades: O Sr(a) tem disponibilidade para participar de atividades que promovam a saúde?

Individual:	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível
Grupal:	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível
Inovações ou Mudanças	<input type="checkbox"/> não disponível	<input type="checkbox"/> pouca disponibilidade	<input type="checkbox"/> muito disponível	<input type="checkbox"/> totalmente disponível

4. DETERMINANTES ECONÔMICOS (I)

Origem da renda do idoso: Qual é a origem da renda do Sr(a)?

aposentadoria pensão 2ª profissão trabalho informal contribuição familiar outros

Salário(s) do idoso Em relação ao salário mínimo, qual é a renda do Sr(a) (em salários mínimos): _____

Tipo de participação do idoso na renda do núcleo familiar: Qual é a participação da renda do Sr(a) nas despesas da família?

fonte prioritária-chefe participa na renda depende parcial dos outros depende totalmente dos outros autosuficiente

INCONTINÊNCIA E MENSURAÇÕES

INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT FORM – (ICIQ-SF)

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Com que Frequência você perde urina? (assinale a resposta) Nunca 0
Uma vez por semana ou menos 1
Duas ou três vezes por semana 2
Uma vez ao dia 3
Diversas vezes ao dia 4
O tempo todo 5

2. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale a resposta) Nenhuma 0
Uma pequena quantidade 2
Uma moderada quantidade 4
Uma grande quantidade 6

3. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interfere					interfere muito					

ICIQ Escore: soma dos resultados 1+2+3=

6. Quando você perde urina? (Por Favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca

Perco antes de chegar ao banheiro

Perco quando tusso ou espirro

Perco quando estou dormindo

Perco quando estou fazendo atividades físicas

Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo

Perco sem razão óbvia

Perco o tempo todo

Critério a ser avaliado	ESCALA KHQ SF-36 ADAPTADA PARA PESSOAS COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR ESFORÇO.	Índices				
	Questões					
Percepção Geral de Saúde	Como descreveria o seu atual estado de saúde?					
Impacto da Incontinência	De que modo o seu problema de bexiga afeta a sua vida?					
Limitações das atividades diárias	De que maneira seu problema de bexiga afeta as suas tarefas domésticas (limpar a casa, fazer compras, etc)?					
	De que modo o seu problema de bexiga afeta o seu trabalho ou suas atividades fora de casa?					
Limitações físicas	O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas, tais como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica?					
	O seu problema de bexiga afeta as suas viagens?					
Limitações sociais	O seu problema de bexiga limita a sua vida social?					
	O seu problema de bexiga limita os contatos estabelecidos com os seus amigos?					
Relações pessoais	O seu problema de bexiga afeta o relacionamento com o/a seu/sua parceira/a?					
	O seu problema de bexiga afeta a sua vida sexual?					
	O seu problema de bexiga afeta a sua vida familiar?					
Emoções	O seu problema de bexiga faz com que se sinta deprimida?					
	O seu problema de bexiga faz com que se sinta ansiosa ou nervosa?					
	O seu problema de bexiga faz com que se sinta mal consigo mesma?					
Sono/disposição	O seu problema de bexiga afeta o seu sono?					
	Sente-se esgotada ou cansada?					
Medidas e gravidade	Usa forros ou pensos para se manter seca?					
	Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe?					
	Troca a sua roupa íntima quando está molhada?					
	Preocupa-se com a possibilidade de cheirar a urina?					
	Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga?					

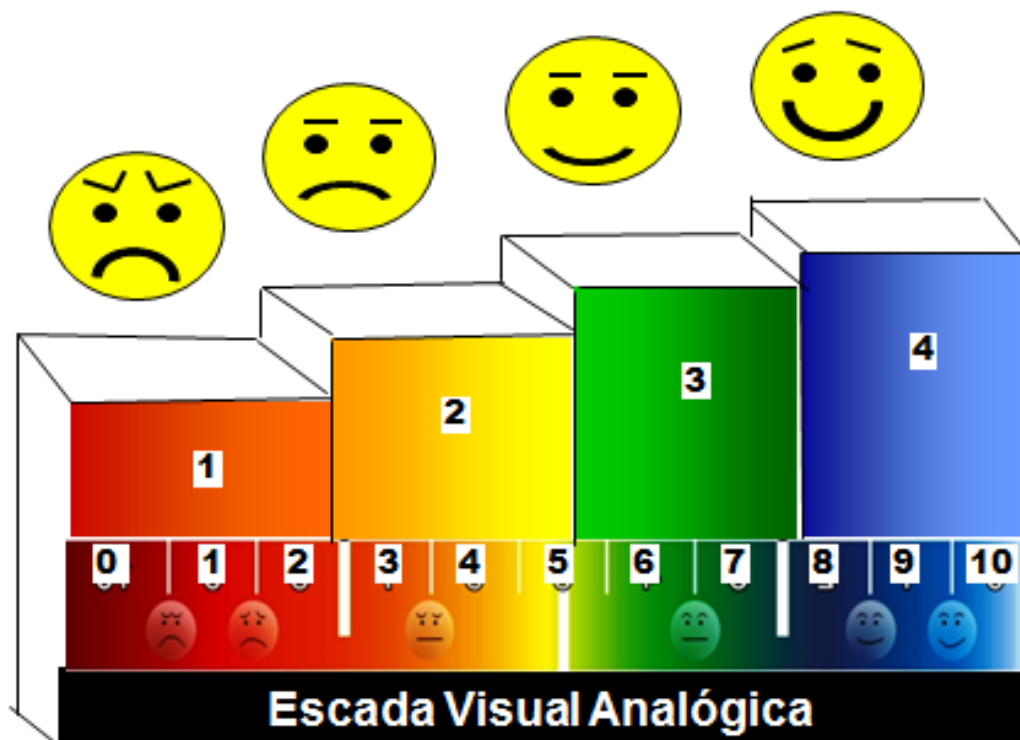
AUTO E HETERO PERCEPÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Como o Sr(a) percebe a incontinência em pessoas mais idosas que o(a) senhor(a)? Conhece algum caso?

Como o Sr(a) percebe a incontinência em pessoas mais novas que o(a) senhor(a)? Conhece algum caso?

Como o Sr(a) percebe a incontinência em si? Há chance do(a) senhor(a) ter incontinência urinária? Já passou por esta experiência?

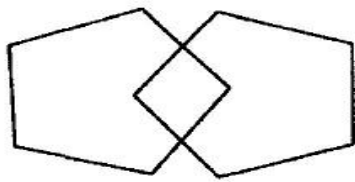
ANEXO 1: Escada Visual Analógica



PINTO, Paulo Ferreira; FERNANDES, Ana Alexandre; BOTELHO, Maria Amélia Silveira. Escada visual analógica: coleta de dados em saúde e em atividade física. XXXI Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo-SOCESP, IX Simposio de Educação Física e Esporte em Cardiologia. Suplemento Especial da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo abril/jun 2008, 18(2):182.

ANEXO 2: Mini Exame do Estado Mental (MEEM):

Teste utilizado para avaliar a função cognitiva cujas vantagens são rapidez de aplicação, baixo custo instrumental para sua realização e validação para a população brasileira. É indicado como instrumento de triagem e rastreamento capaz de identificar: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Desaconselhável como teste diagnóstico. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

Dimensões	Questões propostas	Opções de resposta	Pontuação
Orientação espacial	Em que dia estamos?	ano, semestre, mês, dia e dia da semana	0 a 5
Orientação espacial	Onde estamos?	Estado, cidade, bairro, rua, local	0 a 5
Memória	Repita as palavras	Caneca, tijolo, tapete	0 a 3
Cálculo	O(a) Sr(a) faz contas?		
	Se sim: Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?	93, 76; 89; 72; 65	0 a 5
	Se não: Solete a palavra MUNDO de trás pra frente	O, D, N, U, M	0 a 5
Memorização	Repita as palavras ditas anteriormente	Caneca, tijolo, tapete	0 a 3
Linguagem	Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los	Relógio, caneta	0 a 2
Linguagem	Solicite ao entrevistado que repita a frase	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1 ponto
Linguagem	Siga uma ordem de 3 estágios:	1: pegue esse papel com a mão direita; 2: dobre-o no meio; 3: coloque-o no chão.	0 a 3
Linguagem	Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.		1 ponto
Linguagem	Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.		1 ponto
Linguagem	Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.		
Interpretação do teste:			
Somar todos os itens, sendo que cada opção vale 1 ponto			
Resultados:			
≥27= normal			
≤24= demência. Se menos de 4 anos de escolaridade: 17			
Escores médios para depressão			
25,1= Depressão não-complicada			
19= Prejuízo cognitivo por depressão			

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado PARA IDOSOS

NOME DO SERVIÇO DA PESQUISADORA: FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UFJF –

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: CRISTINA ARREGUY- **ENDEREÇO:** RUA OLEGÁRIO MACIEL 1.716/APTO 204, PAINEIRAS, JUIZ DE FORA- MG CEP: 36016011 **FONE:** (32) 3216.2532 **E-MAIL:** CRISTINA.ARREGUY@UFJF.EDU.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) (nome) _____ está sendo convidado(a) a autorizar a participação como voluntário(a) do(a) menor _____ na pesquisa intitulada "Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pessoas acima de 65 anos à luz do envelhecimento ativo". Nesta pesquisa, objetivamos determinar os diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pessoas acima de 65 anos à luz do envelhecimento ativo, atendidas pelo SUS. Sua participação consistirá em: participar de entrevistas e responder a questionários voltados para a avaliação da qualidade de vida, presença de incontinências urinárias e autorizar a realização de medidas antropométricas.

Dentre os benefícios identificados na realização da presente pesquisa, destacamos: a possibilidade de identificarmos as demandas de cuidado para um envelhecimento bem sucedido. A presente pesquisa classifica-se em nível de risco e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados (preenchimento individualizado do instrumento de coleta de dados pela pesquisadora) e o processamento e divulgação dos resultados não utilizará nenhuma intervenção, não modificará intencionalmente as variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais da criança que participa do estudo, além de termos o cuidado de tratar os resultados com critérios de anonimato e participação voluntária. Para operacionalizar a pesquisa, usaremos visitas domiciliares ou na unidade básica de saúde da área de abrangência do idoso para realização das entrevistas, medidas antropométricas e preenchimentos de os resultados finais subsidiarão a elaboração da Dissertação de Mestrado de Nathália Alvarenga Martins e publicações dela com Cristina Arreguy-Sena em revistas científicas.

Para participar deste estudo, o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, uma vez que não está previsto financiamento para tal finalidade. O (a) Sr(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará nenhuma penalidade ou modificação na forma como o(a) Sr(a) é atendido(a)s pelas pesquisadoras. Sua identidade e do menor serão tratadas com padrões profissionais de anonimato. Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos e meios científicos e estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome e o nome da criança não serão liberados sem a sua permissão e, para evitar identificação, utilizaremos nos impressos códigos. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Todo o material contendo informações escritas sobre a pesquisa ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora, Prof^a. Cristina Arreguy, durante cinco anos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com a pesquisadora responsável, Cristina Arreguy-Sena, cuja forma de contato está disponível neste impresso, e a outra será fornecida ao(à) Sr(a).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade número _____ fui informado(a) do objetivo do estudo "Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pessoas acima de 65 anos à luz do envelhecimento ativo" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de autorizar a participação de meu(minha) filho(a) ou da criança que sou responsável, se assim o desejar. Declaro que concordo na participação dele(a) nesta pesquisa. Recebi uma cópia deste "Termo de consentimento livre e esclarecido" e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2013.
Assinatura do(a) participante.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, consulte o CEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Av. Barão do Rio Branco nº 3353. Juiz de Fora (MG). FONE: (32) 3229-2100

Assinatura	Assinatura
Prof ^a Dra. Cristina Arreguy-Sena Rua Olegário Maciel, 1716/204 Paineiras JF tel: (32) 3216.2532 E-mail: cristina.arreguy@uff.edu.br	Enf. Nathália Alvarenga Martins- Rua Santo Antônio,1063 apto 803.Centro JF Tel: (32)8863.9236 E-mail: nath.alvarenga.martins@gmail.com

Anexo 4: Parecer do comitê de ética e pesquisa com seres humanos



Continuação do Parecer: 341.116

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis inadequações cu possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: abril de 2017.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 25 de Julho de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3738 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 02 de 02

Anexo 5: Teste *t* para domínios e escalas adicionais da escala KHQ-SF

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	Padrão do erro da média
Autoavaliação estado de saúde	Feminino	69	,97	1,514	,182
	Masculino	41	1,17	1,787	,279
Afeta vida	Feminino	69	,72	1,174	,141
	Masculino	41	,80	1,308	,204
Afeta trabalho ou tarefas domésticas	Feminino	69	,57	,931	,112
	Masculino	41	,54	,925	,144
atrapalha trabalho/atividades fora casa	Feminino	69	,84	1,346	,162
	Masculino	41	1,05	1,516	,237
Afeta atividades físicas	Feminino	69	,54	,867	,104
	Masculino	41	,63	1,090	,170
Afeta viagens	Feminino	69	,57	,977	,118
	Masculino	41	,54	,925	,144
Afeta vida social	Feminino	69	,55	,963	,116
	Masculino	41	,61	1,115	,174
Afeta os contatos com os amigos	Feminino	69	,54	,948	,114
	Masculino	41	,51	,898	,140
Afeta relacionamento c/parceiro(a)	Feminino	69	,52	1,023	,123
	Masculino	41	,63	1,240	,194
Afeta vida sexual	Feminino	69	,45	,814	,098
	Masculino	41	,61	1,115	,174
Afeta vida familiar	Feminino	69	,43	,696	,084
	Masculino	41	,49	,840	,131
Faz se sentir deprimida	Feminino	69	,52	,885	,106
	Masculino	41	,51	,898	,140
Faz com que fique ansioso	Feminino	69	,55	,867	,104
	Masculino	41	,51	,840	,131
Faz com que fique mal consigo	Feminino	69	,54	,867	,104
	Masculino	41	,49	,810	,127
Afeta o seu sono	Feminino	69	,45	,758	,091
	Masculino	41	,54	,951	,149
Faz sentir cansado ou esgotado	Feminino	69	,48	,815	,098
	Masculino	41	,54	,951	,149
Faz usar forros ou pensos	Feminino	69	,58	,991	,119
	Masculino	41	,66	1,196	,187
Faz com que você se limite na ingestão de líquidos	Feminino	69	,59	1,019	,123
	Masculino	41	,85	1,370	,214
Faz com que você troque roupa íntima	Feminino	69	,70	1,192	,143
	Masculino	41	,73	1,285	,201
Gera preocupação com odores/cheiro	Feminino	69	,67	1,133	,136
	Masculino	41	,71	1,270	,198
Faz ficar envergonhado	Feminino	69	,67	1,094	,132
	Masculino	41	,71	1,230	,192

	Teste Levene p/iguadade entre variâncias		Test-t para igualdade entre médias							
		f	p-valor	t	df	p-valor	Média diferenças	***	IC 95%	
									min	max
Autoavaliação estado de saúde	*	2,609	,109	-,625	108	,533	-,200	,320	-,833	,434
	**			-,599	73,527	,551	-,200	,333	-,864	,465
Afeta vida	*	,474	,493	-,332	108	,741	-,080	,242	-,559	,399
	**			-,323	77,086	,748	-,080	,248	-,575	,414
Afeta trabalho ou tarefas domésticas	*	,182	,670	,156	108	,876	,029	,183	-,334	,392
	**			,157	84,653	,876	,029	,183	-,335	,392
atrapalha trabalho/atividades fora casa	*	3,753	,055	-,748	108	,456	-,208	,278	-,760	,343
	**			-,726	76,412	,470	-,208	,287	-,780	,363
Afeta atividades físicas	*	1,154	,285	-,519	108	,604	-,098	,188	-,472	,276
	**			-,490	69,947	,625	-,098	,200	-,496	,300
Afeta viagens	*	,155	,695	,152	108	,880	,029	,189	-,346	,403
	**			,154	87,945	,878	,029	,186	-,342	,399
Afeta vida social	*	,267	,606	-,293	108	,770	-,059	,202	-,459	,340
	**			-,282	74,675	,779	-,059	,209	-,476	,358
Afeta os contatos com os amigos	*	,115	,735	,131	108	,896	,024	,183	-,339	,388
	**			,133	87,895	,895	,024	,181	-,335	,383
Afeta relacionamento c/ parceiro(a)	*	,621	,432	-,514	108	,608	-,112	,219	-,546	,321
	**			-,490	71,990	,626	-,112	,230	-,570	,345
Afeta vida sexual	*	2,651	,106	-,869	108	,387	-,160	,185	-,527	,206
	**			-,803	65,479	,425	-,160	,200	-,560	,239
Afeta vida familiar	*	,519	,473	-,357	108	,722	-,053	,148	-,347	,241
	**			-,341	72,216	,734	-,053	,156	-,363	,257
Faz se sentir deprimida	*	,037	,848	,054	108	,957	,010	,175	-,338	,357
	**			,054	83,179	,957	,010	,176	-,341	,360
Faz com que fique ansioso	*	,422	,517	,228	108	,820	,039	,169	-,296	,373
	**			,230	86,270	,819	,039	,168	-,295	,372
Faz com que fique mal consigo	*	,579	,448	,290	108	,772	,048	,167	-,282	,379
	**			,295	88,823	,769	,048	,164	-,278	,374
Afeta o seu sono	*	1,073	,303	-,530	108	,597	-,087	,165	-,414	,239
	**			-,501	70,017	,618	-,087	,174	-,435	,260
Faz sentir cansado ou esgotado	*	,403	,527	-,341	108	,734	-,058	,171	-,398	,281
	**			-,328	74,233	,744	-,058	,178	-,413	,296
Faz usar forros ou pensos	*	,476	,492	-,373	108	,710	-,079	,211	-,498	,340
	**			-,356	72,235	,723	-,079	,222	-,521	,363
Faz com que	*	6,050	,015	-	108	,260	-,259	,229	-,714	,195

você se limite na ingesta de líquidos				1,133						
	**			-	66,395	,297	-,259	,247	-,752	,233
Faz com que você troque roupa íntima	*	,056	,814	-,149	108	,882	-,036	,242	-,516	,444
	**			-,146	79,181	,884	-,036	,247	-,527	,455
Gera preocupação com odores/cheiro	*	,082	,775	-,174	108	,862	-,041	,234	-,504	,423
	**			-,169	76,719	,866	-,041	,241	-,520	,439
Faz ficar envergonhado	*	,098	,755	-,180	108	,858	-,041	,226	-,489	,407
	**			-,175	76,495	,862	-,041	,233	-,504	,423

Nota das autoras: * igualdade das variáveis assumidas; ** igualdade das variáveis não assumidas; *** padronização do erro das diferenças

