



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROBERTA PEREIRA GÓES

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA
URINÁRIA DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA À LUZ DA TEORIA DE
*DONABEDIAN***

SALVADOR
2019

UFBA

EE

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA DA PESSOA
IDOSA HOSPITALIZADA À LUZ DA TEORIA DE DONABEDIAN**

ROBERTA PEREIRA GÓES

2019

**Nº da defesa
438**

ROBERTA PEREIRA GÓES

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA
URINÁRIA DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA À LUZ DA TEORIA DE
*DONABEDIAN***

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem e saúde da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção de título de Mestra. Área de concentração: Enfermagem, cuidado e saúde. Linha de pesquisa: Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

Orientadora: Prof. Dra. Larissa Chaves Pedreira

Co-orientadora: Prof. Dra. Juliana Bezerra do Amaral

SALVADOR

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Góes, Roberta Pereira

O cuidado de enfermagem na promoção da continência
urinária da pessoa idosa hospitalizada à luz da teoria
de Donabedian / Roberta Pereira Góes. -- Salvador,
2019.

114 f.

Orientadora: Larissa Chaves Pedreira.

Coorientadora: Juliana Bezerra do Amaral.

Dissertação (Mestrado - Enfermagem) -- Universidade
Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, 2019.

1. Incontinência Urinária. 2. Idoso. 3.
Hospitalização. 4. Enfermagem. 5. Assistência
Hospitalar. I. Pedreira, Larissa Chaves. II. Amaral,
Juliana Bezerra do. III. Título.

ROBERTA PEREIRA GÓES

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA
URINÁRIA DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA À LUZ DA TEORIA DE
*DONABEDIAN***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

Aprovada em, 18 de janeiro de 2019

BANCA EXAMINADORA


Larissa Chaves Pedreira Silva

Pós-doutora e Docente associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.



João Paulo de Almeida Tavares

Doutor em Gerontologia e docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.



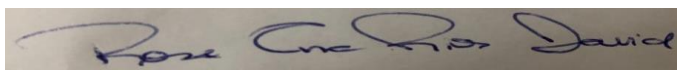
Simone Coelho Amestoy

Doutora em Enfermagem e docente adjunta da Universidade Federal de Pelotas.



Rose Ana Rios David

Doutora em Enfermagem e docente associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.



DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Roberto e Edineide que nunca mediram esforços
em prol da minha formação.

À equipe de enfermagem participante da pesquisa, que se envolveu
profundamente nas reflexões propostas, demonstrando o quanto
é importante repensar a prática clínica para efetivação de uma
assistência de enfermagem segura e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço essa conquista primeiramente à Deus, pela sua presença em meus caminhos, por me dar forças e me confortar nos momentos mais difíceis, por orientar minhas escolhas e me proporcionar tantas realizações.

Aos meus amados pais, Roberto e Edineide, por todo apoio, pela minha formação, pela torcida e dedicação em tudo que precisei. Fico feliz em poder orgulhá-los com essa conquista.

Aos meus irmãos, Tamires, Ricardo e Bruno, pela torcida e parceria de sempre.

À minha querida orientadora, professora Larissa Chaves Pedreira, pelo aprendizado, parceria construída, confiança, dedicação e leveza durante esse percurso.

À professora Juliana Bezerra do Amaral, minha co-orientadora, que entrou nesse desafio para somar e me proporcionar tanto aprendizado.

À coordenação de enfermagem do Hospital campo da pesquisa, em especial à Geisa de Oliveira, pelo apoio, disponibilidade e parceria.

À professora Cristina Maria Meiro de Melo, por todo aprendizado e reflexões durante suas apaixonantes aulas.

À professora Miriam Santos Paiva, pelo aprendizado e aprofundamento no mundo da pesquisa qualitativa.

Às colegas intensivistas e amigas Isabella Pires, Fernanda Cajuhy, Lorena Moura e Claudia Torres, que uniram forças, quando tudo começou, para inserir a pesquisa em nossa vivência assistencial, o que nos proporcionou tanto crescimento.

À amiga que o mestrado me presenteou, Monaliza Lemos, pela troca de experiências, aprendizado e apoio durante esse período.

À amiga Rebeca Santos, pelo apoio, convivência, dedicação e parceria durante as oficinas de grupo focal.

Às bolsistas de iniciação científica do projeto, Larissa Marques e Juliana Vieira, pela parceria e dedicação nas diversas demandas da pesquisa;

À graduanda de enfermagem, Ellen Santiago, que se inseriu na pesquisa como voluntária e tanto se dedicou na busca de estudos e artigos relacionados à pesquisa.

Ao grupo de pesquisa Núcleo de estudos e pesquisa do idoso (NESPI), pelas profundas discussões que me oportunizaram a aproximação apaixonante com a temática da saúde do idoso.

À professora Alessandra Mazzo, pelas contribuições durante a banca de qualificação do projeto desta pesquisa.

Às professoras Simone Coelho Amestoy e Rose Ana Rios David pelas contribuições durante a banca de qualificação do projeto desta pesquisa e por continuarem a contribuir na banca de defesa desta dissertação.

Ao professor João Paulo Almeida Tavares, pela disponibilidade, parceria e por aceitar participar e contribuir na banca de defesa desta dissertação.

À professora Elieuz e Silva Sampaio e novamente à professora Simone Coelho Amestoy, colegas em um novo e apaixonante percurso que é a docência, por todo apoio, parceria e aprendizado neste último ano.

Enfim, agradeço aos familiares, amigos, colegas de profissão e todos que contribuíram direta ou indiretamente, que torceram e que me apoiam nesta realização pessoal, acadêmica e profissional tão almejada por mim que foi o mestrado.

“O principal é nos sentirmos tranquilos, em paz, para poder fazer escolhas, todo tipo de escolhas, com base unicamente naquilo que queremos das nossas vidas e não nas coisas que temos medo de perder” (Marcel Postig, 1984; p 61)

RESUMO

GÓES, Roberta Pereira. **O cuidado de enfermagem na promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada à luz da teoria de Donabedian**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2019. 114f. (Orientadora Dr^a Larissa Chaves Pedreira).

A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina. Considerada uma síndrome geriátrica multifatorial, está associada a fatores intrínsecos da pessoa idosa e a fatores extrínsecos como o ambiente e a gestão de cuidados em saúde. Associando a problemática ao modelo conceitual de *Avedis Donabedian*, constituído pela tríade estrutura, processo e resultado, entende-se que os fatores extrínsecos abrangem desde o macro, que seria a estrutura da instituição de saúde até as microrrelações de cuidado ofertado (dimensão processo), determinando, assim, tal desfecho/resultado durante o processo de hospitalização. **Objetivo:** analisar como ocorre o cuidado da equipe de enfermagem para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas. E especificamente: verificar a influência dos componentes da tríade donabediana “estrutura” e “processo” na oferta do cuidado para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas e apreender como a equipe de enfermagem percebe a influência da “estrutura” e do “processo” no “resultado” do seu cuidado, visando a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas. **Método:** pesquisa de abordagem qualitativa descritiva-exploratória, cujo lócus foi uma unidade de clínica médica de um Hospital Universitário da cidade de Salvador-Bahia; realizada a triangulação de técnicas de coleta de dados, constituída pelo levantamento de evidências científicas relacionadas ao tema, seguida de observação sistemática no campo de coleta e de oficinas de grupo focal com profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade. Para análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, levantadas categorias temáticas ancoradas na teoria donabediana e codificadas quanto à sua frequência exata com auxílio do software para análise de pesquisas qualitativas WebQDA. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas. A primeira trata da influência dos aspectos estruturais na oferta deste cuidado; onde foram ressaltados aspectos para além da estrutura física, mas também fatores como recursos humanos e materiais disponíveis na unidade. A segunda enfatizou o “processo”, e abordou a cultura do uso de dispositivos de controle urinário durante a hospitalização; onde foi ressaltado o uso indiscriminado e não justificado de fraldas geriátricas em pessoas idosas; o estímulo maior do uso de urinóis em pessoas idosas do sexo masculino do que aparadeiras em pessoas idosas do sexo feminino; fatores como o pudor, o medo e a dependência como influência para o uso de fraldas nessas pessoas; a pouca associação dos profissionais de enfermagem do uso do cateter vesical com o surgimento de incontinência urinária e a pouca abordagem quanto aos cuidados pós retirada do cateter vesical para rastrear a ocorrência de incontinência urinária; já a terceira e última categoria, ancorada no componente “resultado” tratou das ações de cuidado de enfermagem identificadas no cenário para promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada e como ampliá-las. **Conclusão:** os resultados do estudo revelam que o cuidado de enfermagem nesse aspecto ocorre de forma tímida, pontual e não sistematizado, alertando para a necessidade de criação de instrumentos e protocolos validados baseados em evidências que orientem esta prática assistencial e a necessidade de sensibilização da equipe multiprofissional, principalmente de enfermagem para com o problema.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Idoso; Hospitalização; Enfermagem; Assistência hospitalar.

ABSTRACT

GÓES, Roberta Pereira. **Nursing care in promoting the urinary continence of the hospitalized elderly person in light of the *Donabedian* theory.** Dissertation (Nursing Master's) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2019. 114p. (Counselor Dr^a Larissa Chaves Pedreira).

Urinary incontinence is defined as any involuntary loss of urine. Considered as a multifactorial geriatric syndrome, it is associated with intrinsic factors of the elderly person and extrinsic factors such as environment and health care management. Associating the problem with the conceptual model of Avedis Donabedian, constituted by the triad structure, process and result, it is understood that the extrinsic factors range from the macro, which would be the structure of the health institution to the microreactions of care offered (process dimension), thus determining this outcome / outcome during the hospitalization process. **Objective:** to analyze how care of the nursing team occurs to promote the urinary continence of hospitalized elderly people. And specifically: to verify the influence of the components of the Donabedian triad "structure" and "process" in the provision of care to promote the urinary continence of hospitalized elderly people and to apprehend how the nursing team perceives the influence of the "structure" and "process" in the "result" of their care, aiming to promote the urinary continence of hospitalized elderly people. **Method:** qualitative-descriptive-exploratory qualitative research, whose locus was a unit of medical clinic of a University Hospital of the city of Salvador-Bahia; the triangulation of data collection techniques was carried out, consisting of the collection of scientific evidence related to the topic, followed by systematic observation in the collection field and focus group workshops with nursing team professionals working in the unit. For analysis, the Bardin content analysis technique was used, raising thematic categories anchored in the Donabedian theory and codified as to their exact frequency with the aid of the WebQDA qualitative research analysis software. **Results:** three thematic categories emerged. The first deals with the influence of structural aspects in the provision of this care; where aspects were highlighted beyond the physical structure, but also factors such as human and material resources available in the unit. The second emphasized the "process," and addressed the culture of the use of urinary control devices during hospitalization; where the indiscriminate and unjustified use of geriatric diapers in elderly people was emphasized; the greater stimulus of the use of urinals in older men than in women in the elderly; factors such as modesty, fear and dependence as an influence on the use of diapers in these people; the low association of nursing professionals with bladder catheter use with the occurrence of urinary incontinence and the lack of approach to post-catheter removal care to track the occurrence of urinary incontinence; already the third and last category, anchored in the "outcome" component, dealt with the actions of nursing care to promote the urinary continence of the hospitalized elder identified in the scenario and how to extend them. **Conclusion:** the results of the study show that nursing care in this aspect occurs timidly, punctually and not systematized, alerting to the need to create validated instruments and protocols based on evidence that guide this practice and the need for awareness of the multiprofessional team, mainly nursing to the problem.

Key words: Urinary Incontinence; Aged; Hospitalization; Nursing; Hospital care.

RESUMEN

GÓES, Roberta Pereira. **El cuidado de enfermería en la promoción de la continencia urinaria de la persona anciana hospitalizada a la luz de la teoría de Donabedian.** Disertación (Maestría en Enfermería) Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2019. 114p. (Orientadora Dr^a Larissa Chaves Pedreira).

La incontinencia urinaria se define como cualquier pérdida involuntaria de orina. Está asociada a factores intrínsecos de la persona anciana ya factores extrínsecos como el ambiente y la gestión de cuidados en salud. En el marco de la problemática del modelo conceptual de Avedis Donabedian, constituido por la tríada estructura, proceso y resultado, se entiende que los factores extrínsecos abarca desde el macro, que sería la estructura de la institución de salud hasta las micro- relaciones de cuidado ofertado (dimensión proceso), determinando así el resultado / resultado durante el proceso de hospitalización. **Objetivo:** analizar cómo ocurre el cuidado del equipo de enfermería para la promoción de la continencia urinaria de personas ancianas hospitalizadas. Y específicamente: verificar la influencia de los componentes de la tríada donabediana "estructura" y "proceso" en la oferta del cuidado para la promoción de la continencia urinaria de personas ancianas hospitalizadas y aprehender cómo el equipo de enfermería percibe la influencia de la "estructura" y del "proceso" "En el" resultado "de su cuidado, visando este desenlace. **Método:** investigación de abordaje cualitativo descriptivo-exploratorio, cuyo locus fue una unidad de clínica médica de un Hospital Universitario de la ciudad de Salvador-Bahía; se realizó la triangulación de técnicas de recolección de datos, constituida por el levantamiento de evidencias científicas relacionadas al tema, seguida de observación sistemática en el campo de recolección y de talleres de grupo focal con profesionales del equipo de enfermería. Se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin, planteadas categorías temáticas ancladas en la teoría donabediana y codificadas en cuanto a su frecuencia exacta con software para análisis de investigaciones cualitativas WebQDA. **Resultados:** surgieron tres categorías temáticas. La primera trata de la influencia de los aspectos estructurales en la oferta de este cuidado; donde fueron resaltados aspectos más allá de la estructura física, pero también factores como recursos humanos y materiales disponibles en la unidad. La segunda enfatizó el "proceso", y abordó la cultura del uso de dispositivos de control urinario durante la hospitalización; donde se resalta el uso indiscriminado y no justificado de pañales geriátricos en personas ancianas; factores como el pudor, el miedo y la dependencia como influencia para el uso de pañales en esas personas; la poca asociación de los profesionales del uso del catéter vesical con el surgimiento de incontinencia urinaria y el escaso abordaje en cuanto a los cuidados post-retirados del catéter vesical para rastrear la ocurrencia de incontinencia urinaria; ya la tercera y última categoría, anclada en el componente "resultado" trató de las acciones de cuidado de enfermería para promover la continencia urinaria de la persona anciana hospitalizada identificadas en el escenario y cómo ampliarlas. **Conclusión:** el cuidado de enfermería en ese aspecto ocurre de forma tímida, puntual y no sistematizada alertando para la necesidad de creación de instrumentos y protocolos validados basados en evidencias que orienten esta práctica asistencial y la necesidad de sensibilización del equipo multiprofesional, principalmente de enfermería para con el problema.

Palabras clave: Incontinencia Urinaria; Anciano; Hospitalización; Enfermería; Atención hospitalaria.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1- Modelo teórico de investigação.....	43
Figura 2- Percorso metodológico.....	53
Quadro 1- Caracterização dos participantes.....	55
Quadro 2- Pontos chave do estudo ancorados na teoria donabediana.....	58
Figura 3- Frequência das falas dos participantes relacionadas a cada componente da tríade donabediana.....	59
Figura 4- Frequência das falas dos participantes relacionadas às subcategorias do componente estrutura.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
GF	Grupo Focal
IU	Incontinência Urinária
ICS	Sociedade Internacional de Continência
NESPI	Núcleo de estudos e pesquisas do idoso
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de pacientes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA.....	24
2.2 A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA.....	28
2.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROBLEMA IU.....	33
3 TEORIA DE AVEDIS DONABEDIAN	38
4 MÉTODO	43
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2 LÓCUS DO ESTUDO.....	44
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
4.4 COLETA DE DADOS.....	45
4.4.1 <u>Levantamento das evidências científicas</u>	45
4.4.2 <u>Observação sistemática</u>	46
4.4.3 <u>Oficinas de grupo focal</u>	47
4.4.4 <u>Primeiro e segundo encontros de grupo focal</u>	49
4.4.5 <u>Terceiro e quarto encontros de grupo focal</u>	50
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	55
5.2 INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS ESTRUTURAIS NA OFERTA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS.....	60
5.2.1 <u>Recursos humanos</u>	60
5.2.2 <u>Recursos materiais</u>	70
5.2.3 <u>Estrutura física</u>	73
5.3 A CULTURA DO USO DE DISPOSITIVOS DE CONTROLE URINÁRIO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.....	75

5.4 AÇÕES DE CUIDADO NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS E COMO AMPLIÁ-LAS.....	84
6 CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	103
APÊNDICE B- Roteiro da observação sistemática.....	105
APÊNDICE C- Ficha de caracterização dos participantes.....	107
APÊNDICE D- Roteiro das oficinas de grupo focal.....	108
ANEXO- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	110

1 INTRODUÇÃO

A nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa. Seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, aumentarão os gastos no setor de forma substancial, tendendo a emergir um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas (VERAS, 2012).

A promoção e a educação em saúde, a prevenção, o retardamento de doenças e fragilidades, e a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas (VERAS, 2015). Daí a necessidade imperativa de invertermos a lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já existentes, para ações de prevenção e promoção da saúde (VERAS, 2012).

A pessoa idosa possui particularidades bem conhecidas, tais como o surgimento de doenças crônicas, fragilidades; menos recursos sociais e financeiros; necessidades específicas, advindas do seu processo de senilidade e senescência; além de características clínico-funcionais e sócio familiares peculiares. Os problemas de saúde dos idosos – maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade – desafiam os modelos tradicionais de cuidado (VERAS et al., 2013).

Nesse contexto, a hospitalização dessas pessoas é uma situação que leva ao afastamento da família e do convívio social, podendo causar isolamento e restrição da autonomia e independência para a realização de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Por outro lado, existem também riscos relacionados às síndromes geriátricas, como: o isolamento social, as iatrogenias, a instabilidade postural, a insuficiência cerebral e a incontinência urinária (IU) (SOUSA et al., 2010).

Sobre a IU, atualmente, o seu gerenciamento visando a redução de seus riscos, ainda é mal conduzido em cenários hospitalares. Estudos têm demonstrado que fatores relacionados ao ambiente e ao processo de cuidado, tais como: pouca sinalização, privacidade inadequada, má orientação, pouco estímulo à independência com uso de banheiros, e uso indiscriminado de dispositivos de controle urinário como fraldas e cateter vesical permanente, contribuem para o surgimento ou piora dessa síndrome nesses locais (FURLANETTO; EMOND, 2016; NYMAN et al., 2017).

Isso porque, a prática atual de cuidados no âmbito hospitalar, geralmente, se concentra em medidas paliativas, como o uso de produtos absorventes para controle de urina após a IU já instalada, em vez de gerenciamento proativo, medidas de prevenção ou identificação de risco. Práticas como garantir a facilidade de acesso ao banheiro em tempo

hábil, a facilitação da higiene pessoal independente, e o uso de dispositivos como urinóis e comadres em pacientes restritos ao leito, podem e devem ocorrer, sendo componentes chave na promoção da continência, que precisam ser incluídos na prática clínica diária da equipe de enfermagem (PALESE et al., 2007; REGAT-BIKOÏ; VUAGNAT; MORIN, 2013).

A IU é definida como qualquer perda involuntária de urina, sendo uma queixa comum em pessoas idosas e está associada a um impacto significativo sobre o indivíduo, seus cuidadores e o sistema de saúde. À medida que o número de idosos frágeis aumenta, como se observa na atual tendência populacional, os encargos da incontinência também aumentarão (GIBSON; WAGG, 2014).

Ademais, trata-se de uma síndrome geriátrica com enormes consequências, desde prejuízos psicossociais, como dificuldades, principalmente, em termos de diminuição da qualidade de vida, depressão, constrangimento, isolamento social, problemas físicos como a dermatite associada à incontinência, infecções do trato urinário, até problemas com custos de dispositivos absorventes não recicláveis, causando, também, impacto ambiental e econômico (CAMPBELL; COYER; OSBORNE, 2016).

Assim, a IU se configura como um problema de saúde pública, que compromete a autonomia e a independência da pessoa idosa acometida, com maior necessidade de institucionalização, maior demanda de cuidadores em domicílio e maior tempo de internação hospitalar. Estima-se que a enfermidade acometa cerca de 30% dos idosos que vivem na comunidade, até 50% dos idosos que vivem em instituições de longa permanência e de 40% a 70% dos idosos hospitalizados (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

A hospitalização de pessoas idosas em si, já se constitui como um risco para a perda da autonomia e independência, que pode ter, como consequência, o declínio funcional, com surgimento ou agravamento de incapacidades instaladas. Estas incapacidades podem ocorrer como consequência do próprio envelhecimento, presença de comorbidades e agravos que levaram ao internamento, mas também pode resultar de fatores relacionados à gestão de cuidados de saúde e do ambiente (BARDSLEY, 2014).

Nesse sentido, a vulnerabilidade da pessoa idosa ao risco de IU funcional, transitória ou não, relaciona-se a fatores intrínsecos e, muitas vezes, não modificáveis, concernentes a sua condição física e psíquica, assim como a fatores extrínsecos, referentes ao ambiente de cuidado e aos padrões institucionais, potencialmente modificáveis.

Aplicando o modelo conceitual de *Avedis Donabedian*, compreendendo que estes fatores extrínsecos têm relação com a gestão do cuidado, pode-se correlacionar tais

fatores com a tríade estrutura, processo e resultado, pilares que se inter-relacionam e refletem diretamente na qualidade da assistência nas organizações hospitalares (DONABEDIAN, 1980).

O conceito que melhor se refere à qualidade no setor saúde vincula a relação entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1992; DONABEDIAN; WHEELER; WYSZEWIANSKI, 1982). Qualidade também pode ser entendida como um processo dinâmico e permanente de identificação de falhas que busca o aprimoramento continuado e engloba o compromisso e a educação de todos os profissionais envolvidos no processo (PALADINI, 1995).

Considerando a tríade donabediana e os aspectos que influenciam na qualidade do cuidado em saúde, o componente estrutura, descreve o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo a estrutura física do hospital, recursos humanos, financiamento e equipamentos. O componente processo denota a interação entre pacientes e cuidadores em toda a oferta de cuidados de saúde. Já o componente resultado, refere-se aos efeitos dos cuidados ofertados numa determinada estrutura e processo, sob o estado de saúde dos pacientes e populações (DONABEDIAN, 1980).

O cuidado centrado na pessoa, no que diz respeito à promoção da continência urinária, exige uma liderança e cultura comprometida por parte da equipe assistencial no cenário hospitalar, principalmente do profissional enfermeiro, incluindo a educação contínua, estrutura física adequada, além de recursos materiais e humanos necessários para atender a demanda da pessoa idosa em risco de desenvolver IU (FURLANETTO; EMOND, 2016).

Um plano de cuidados de enfermagem individualizado contribui significativamente para a diminuição da ocorrência e consequências da IU entre os idosos. Entretanto, ainda é inexpressivo o número de profissionais enfermeiros com conhecimento específico sobre essa área de atuação, bem como a produção científica sobre o manejo da IU em idosos realizada por esta categoria profissional (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

Acredita-se que a atuação do enfermeiro no manejo dessa situação seja relativamente nova na história da profissão. Essa realidade é determinada, principalmente, pela escassez de informações desses profissionais acerca de seus determinantes, de sua frequência e das intervenções específicas, mesmo a IU sendo um

problema que representa um dos “gigantes da geriatria” devido às suas implicações negativas sobre a qualidade de vida daqueles que o vivencia (SANTOS, 2016).

Aproximadamente metade das pessoas que sofrem de IU nunca procurou ajuda profissional, muitas vezes, em virtude das crenças inapropriadas como "IU é uma parte normal do envelhecimento" ou "IU não pode ser tratada". De fato, com manejo adequado, a maioria dos casos de IU em pacientes idosos pode ser melhorada ou tratada (NYMAN et al., 2017, p. 3349).

Preservar a continência da pessoa idosa, e gerenciar o cuidado com a IU, é um empreendimento complexo que requer condutas multidisciplinares. A fim de manter a continência urinária, a pessoa idosa pode exigir suporte, dispositivos, mobilização, treinamento, avaliações e ações de diversos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem (ABRAMS et al., 2018).

Diante desta problemática, questionou-se: como ocorre o cuidado da equipe de enfermagem na promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas? Delimitado, então, como objeto do estudo: o cuidado da equipe de enfermagem na promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada. A partir de tal objeto, tem-se como objetivo geral: Analisar como ocorre o cuidado da equipe de enfermagem para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas. E como objetivos específicos:

- ✓ Verificar a influência do componente “estrutura” na oferta do cuidado de enfermagem para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas;
- ✓ Identificar a influência do componente “processo” na oferta do cuidado de enfermagem para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas;
- ✓ Apreender como a equipe de enfermagem percebe a influência da “estrutura” e do “processo” no “resultado” do seu cuidado, visando a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas.

1.1 Motivação

A inquietação com relação à temática se deu durante minha atuação por nove anos como enfermeira assistencial em cenário hospitalar no setor de terapia intensiva, onde observei que os cuidados da equipe assistencial, principalmente de enfermagem, com relação aos sintomas do trato urinário inferior, se resumem a cuidados voltados para prevenção de infecção, retenção urinária e medidas apenas de contenção de urina como a colocação de fraldas, quando a IU já está instalada. Não são observados cuidados voltados para a promoção/preservação da continência urinária, principalmente em grupos de risco e de alta vulnerabilidade de desenvolvê-la, como os idosos hospitalizados.

Medidas que possibilitem a gestão do cuidado no manejo da IU já instalada, para minimizar seus efeitos negativos e evitar que esta se agrave, de promoção da continência e prevenção da IU, em pessoas previamente continentas, são necessárias no ambiente de cuidados hospitalares, embora pouco observadas.

Desta inquietação, surgiu o interesse em investigar quais são os componentes que influenciam esse cuidado enfatizando tanto a promoção e preservação da continência urinária daqueles idosos previamente continentas, quanto a reabilitação ou minimização do problema, daqueles que já chegam no ambiente hospitalar afetados. Atrelado à isso, conhecendo o modelo conceitual de *Avedis Donabedian*, que engloba os aspectos das dimensões estrutura, processo e resultado, foi possível relacionar o objeto de investigação com os três componentes do modelo conceitual donabediano com a finalidade de aprofundamento da investigação proposta.

Vale ressaltar também, a concomitante contribuição no interesse pelo tema após fazer parte do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas do Idoso (NESPI), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA); grupo que investiga diversas temáticas relacionadas à saúde da pessoa idosa e subsidia o preparo multiprofissional para atender uma sociedade que envelhece. A partir da minha inserção neste grupo de pesquisa, tive a oportunidade de participar da construção de um projeto de pesquisa matriz intitulado “Cuidado à pessoa idosa durante a hospitalização e transição hospital-domicílio” do qual o estudo em tela é recorte.

Ressalto também a experiência docente em que iniciei neste último ano do mestrado, a qual me possibilitou a vivência de acompanhar turmas de prática da graduação da Escola de Enfermagem da UFBA em unidades de internação e unidades de emergência de hospitais públicos da cidade de Salvador-Bahia. Tal vivência, atrelada à experiência clínica como enfermeira assistencial de terapia intensiva, também me

possibilitou subsídios para fortalecer as discussões dos resultados encontrados na presente pesquisa.

1.2 Justificativa e relevância

Como justificativa e relevância desta pesquisa destaca-se que a IU instalada em pessoas idosas previamente continentes, é um efeito indesejável da hospitalização que pode e deve ser prevenido. Estudos têm revelado que por falta de conhecimento e de políticas de gestão para a promoção da continência urinária por parte da equipe de saúde, este cuidado é negligenciado (NYMAN et al., 2017; SOURDET et al., 2015).

O profissional enfermeiro possui papel crucial para gestão deste cuidado, tanto na orientação e adoção de medidas não invasivas que reduzem, e até mesmo cessam a IU não complicada, quanto na viabilização de intervenções no cenário hospitalar como: o estímulo à mobilidade e autonomia para uso de banheiros; a construção de um diário miccional individualizado com a pessoa idosa em risco ou com IU; o estímulo do uso de dispositivos como urinóis e comadres em detrimento da fralda e do cateter vesical permanente; o controle da ingesta hídrica e de alimentos irritantes vesicais como a cafeína; a adoção de um treinamento vesical, para aqueles com esta indicação e a orientação de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico (CAVE, 2017).

Assim, neste percurso de pesquisadora da temática, destaca-se a relevância em conhecer a realidade além da mera observação empírica da prática clínica e apreender se a equipe de enfermagem conhece e realiza cuidados voltados para a promoção da continência urinária de idosos hospitalizados. Ademais, ao trazer para a investigação o aprofundamento por meio da interrelação dos componentes do modelo conceitual donabediano com o objeto de estudo, pode-se conhecer quais os fatores relacionados à estrutura e ao processo que influenciam neste cuidado, possibilitando o resultado/desfecho favorável ou não à pessoa idosa hospitalizada.

Acredita-se que a partir da identificação e atuação sobre estes componentes pode-se minimizar os efeitos ou o surgimento dessa síndrome geriátrica na população idosa hospitalizada, o que promoverá a manutenção da autonomia e independência e das funções básicas deste público que sofre com a perda significativa da qualidade de vida quando a enfermidade está instalada, transferindo o fardo destas consequências também para os cuidadores, familiares e sistema de saúde.

Partindo do princípio de que um dano ocorrido ao paciente devido à negligência de um cuidado não realizado, uma estrutura ou um processo inadequado também se configura como uma iatrogenia (SOURDET et al., 2015), a discussão sobre o tema e o

ato de repensar e subsidiar a prática clínica relacionada ao problema torna-se urgente e necessária.

Além disso, com os resultados da presente pesquisa pode ser enfatizada a importância do uso das tecnologias leves pelo profissional enfermeiro no ambiente hospitalar, na busca da melhoria da qualidade de vida da população e mudança de realidade. Vale ressaltar que o ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas 'tecnologias leves' que são cada vez menos privilegiadas no ambiente hospitalar (MERHY, 1997).

Os resultados da pesquisa também poderão subsidiar o empoderamento e valorização do profissional enfermeiro nos cenários em que ele atua a partir do embasamento teórico-científico e da incorporação da gestão do cuidado para uma assistência segura e de qualidade, reforçando o conceito de que a atividade fim que é o cuidado deve ser realizada se embasando sempre na atividade meio que é a gestão deste cuidado, ou seja seu planejamento e incorporação do processo de enfermagem sistematizado em todas as rotinas do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

Por fim, acredita-se também, que estes resultados poderão ser utilizados como base de dados para comparação com outras pesquisas e experiências semelhantes em outros cenários e despertar o interesse de pesquisadores a fim de incentivar mais estudos e publicações relacionadas ao tema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA

O senso comum nos diz que o hospital é o lugar onde somos tratados quando sofremos algum problema de saúde. Em parte esta definição está correta, mas longe de estar completa. No dicionário verifica-se a definição de hospital como um estabelecimento público ou privado no qual se acolhe e tratam de doentes, internados ou não (PERFEITO, 2012).

A palavra “hospital” tem origem do latim *hospitāle*, que significa a “casa para hóspedes” (PERFEITO, 2012). Esta “casa” abrigava os hóspedes, que eram peregrinos, viajantes, pobres ou estrangeiros; só mais tarde, passou também a ter a função de tratar e cuidar de pessoas doentes (MATOS, 2008). O glossário do Instituto Nacional de Estatística, tendo como fonte a Direção Geral da Saúde, define que o hospital é o estabelecimento de saúde provido de internamento, ambulatório e meios diagnósticos e terapêuticos. Ademais, presta assistência curativa e de reabilitação à população, e também participa na prevenção de doenças, no ensino e na investigação científica (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2002).

No sistema organizacional hospitalar, os profissionais de enfermagem desenvolvem suas ações fundamentadas em normas e rotinas, o que pode dificultar a possibilidade de espaço para o exercício da autonomia da pessoa atendida. Na prática, são poucas as alternativas oferecidas, além do que já se encontra normatizado (PESSINI, 2010).

Sendo assim, a normatização do cuidado e das rotinas institucionais, aliadas às dificuldades tais como, afastamento da família, o ambiente estranho, a falta de privacidade e os procedimentos dolorosos que surgem no ambiente hospitalar, propiciam limitações que reduzem a autonomia da pessoa internada. Em se tratando da pessoa idosa, a internação passa a fazer parte de um cenário específico, rigoroso, limitado, tornando-os mais vulneráveis, dependentes e fragilizados à situação vivenciada. A vulnerabilidade, então, é potencialmente externada durante esse período (WALDOW; BORGES, 2008).

Nessa linha de pensamento, a vulnerabilidade impõe a perda de poder e a conseqüente diminuição do controle das situações. Significa que a pessoa passa a ser controlada por alguém, ao invés de controlar, desencadeando sentimento e sensação de impotência, incompetência e medo. Ao adoecer, a pessoa não é apenas vulnerável, mas suscetível a um possível agravamento. Assim, a incapacidade física, psíquica ou intelectual constitui um aspecto da vulnerabilidade, o qual caracterizaria a situação de dependência (HOSSNE, 2009).

A fragilidade e a vulnerabilidade da pessoa idosa possuem caráter multidimensional, pois estão relacionadas à idade, porém não se apresentam de maneira uniforme em todos os indivíduos. Estas se apresentam em decorrência de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais advindos do processo de envelhecimento fisiológico (senescência) e patológico (senilidade), assim como de condições adversas como dependência funcional, quedas e institucionalização (CARRETTA et al., 2013).

A situação de vulnerabilidade e fragilidade que a pessoa idosa pode apresentar durante a hospitalização, pode levar à perda da individualidade, dificultando ainda mais o exercício da autonomia e da tomada de decisão sobre o seu cuidado e o seu tratamento. No entanto, estas pessoas podem ter sua autonomia e independência estimuladas de maneira precoce pela equipe de cuidados, evitando incapacidades (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

Dessa forma, pontua-se a necessidade de que os profissionais de saúde, além de compreender o envelhecimento, também reconheçam as suas necessidades. Determinadas habilidades e atitudes da equipe de cuidados podem auxiliar na maximização da autonomia e da independência da pessoa idosa (PROCHET; SILVA, 2011).

Para tanto, são fundamentais valores éticos e a comunicação no cuidado, que envolvem ações de consideração que respeitam a dignidade e a privacidade dessas pessoas; que lhes conceda liberdade de escolha e decisão; a utilização do tempo com qualidade e atenção; e também gestos de incentivo. Estas são estratégias que contribuem para a organização do ambiente de forma que a pessoa idosa se sinta inserida no contexto, participe das atividades e, portanto, seja ativa (PROCHET; SILVA, 2011).

Em 2009, as pessoas idosas foram responsáveis por 21% das hospitalizações no Brasil e dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio mostraram que, a partir dos 60 anos, os coeficientes de internação começam a aumentar de 9,9% para 18,2% quando estes passam a ter 80 anos ou mais (NEDEL et al., 2010).

A atenção à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS) tem início na Atenção Primária, onde são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e acompanhamento das suas condições de saúde. Entretanto, em função das mudanças no perfil epidemiológico da população, com elevada proporção de doenças e agravos crônicos não transmissíveis entre este público específico, há uma demanda cada vez maior por serviços de saúde especializados, em função das complicações decorrentes destas doenças (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013).

Embora em determinadas circunstâncias, a hospitalização seja a única possibilidade para o tratamento da pessoa idosa, ela tem como repercussões a diminuição da capacidade funcional, a recuperação mais lenta e prolongada, a demanda de tecnologias de alto custo – aumentando os gastos com assistência médica – e a necessidade de recursos humanos capacitados. Destaca-se, ainda, a dificuldade na continuidade da atenção após alta, tendo em vista que a maioria necessitará de alguma forma de assistência para os cuidados básicos do cotidiano na atenção primária (AMARAL et al., 2004).

Sendo assim, a internação hospitalar pode ser um indicativo de fragilidade, com grande risco de perda da capacidade funcional em diversos graus, podendo interferir na qualidade de vida, no aumento dos custos hospitalares, demandando, muitas vezes, o acompanhamento contínuo pela equipe de saúde, com suporte e orientações à família desse idoso, em todas as esferas de cuidado (SILVA, 2017).

Estudo aponta que a hospitalização representa para as pessoas idosas um desafio que pode ser vivenciado de diferentes formas, dependendo de fatores como capacidade de adaptação, experiências prévias e representações de saúde e doença (CARVALHAIS; SOUSA, 2011). Em uma perspectiva gerontogeriátrica, o elevado número de admissões hospitalares de idosos representa um indicador significativo para avaliação das condições de saúde dessa clientela (KUZNIER; LENARDT, 2011).

Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012) apresentou proposições para a abordagem do envelhecimento saudável e ativo, tais como, a promoção da saúde e de comportamentos saudáveis em todas as idades para prevenir ou retardar o desenvolvimento de doenças crônicas; a diminuição das consequências de doenças crônicas por meio da detecção precoce e da qualidade dos cuidados, criando ambientes físicos e sociais que promovam a saúde; a participação da pessoa idosa (acessibilidade, transporte, ligações inter geracionais, atitudes sociais e organização do serviço) e a mudança de atitudes sociais para incentivar essa participação.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, considera que o conceito de saúde para estas pessoas se traduz mais pela preservação de sua autonomia e independência, do que pela presença ou ausência de doença, e enfatiza que envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é a meta de toda ação de saúde (BRASIL, 2006).

Levando em consideração que muitos dos idosos são portadores de múltiplas patologias, o conceito de capacidade funcional deve ser incorporado ao de saúde. Tal

conceito foi proposto pela OMS, já que, apesar das várias comorbidades, muitos idosos apresentarão um desempenho funcional satisfatório e, sendo assim, poderão ser considerados saudáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Contudo, a experiência da hospitalização pode causar diminuição da capacidade funcional, da independência e da autonomia, tendo como fatores que podem influenciar o tempo de internamento e de tratamento; as normas e rotinas do ambiente hospitalar; a potencialização da fragilidade física e da vulnerabilidade emocional; a ocorrência de iatrogenias, pelos riscos inerentes ao declínio funcional; a subnutrição; a imobilidade, o aparecimento de úlceras por pressão e infecções (CARRETTA et al., 2013; PUPULIM; SAWADA, 2012).

Ademais, trata-se de uma situação que leva ao afastamento da família e do convívio social, além da restrição para a realização de atividades básicas de vida diária. Somado a isso, ressalta-se os riscos relacionados ao aparecimento/agravamento de síndromes geriátricas, sendo uma das mais prevalentes, a IU (SILVA, 2017).

Cabe, portanto, à equipe assistencial, principalmente a de enfermagem, avaliar continuamente esse idoso, de maneira individualizada, identificando elementos que possam subsidiar o planejamento e a implementação dos cuidados, visando proporcionar uma assistência integral e segura, preservando a autonomia e a capacidade funcional, aliadas à segurança e conforto (PEREIRA et al., 2014).

Nessa perspectiva, em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que teve, entre os tópicos prioritários, a Saúde do Idoso, priorizando o desenvolvimento e a avaliação de estratégias de reabilitação funcional no que se refere à fragilidade, imobilidade, instabilidade, iatrogenia, incontinências, disfunção cognitiva, infecções, desnutrição, edentulismo e outros agravos de saúde bucal; outro tópico prioritário ressalta a importância do desenvolvimento e a validação de instrumentos de aferição de saúde e qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008).

Assim, sendo a qualidade de vida um constructo multidimensional, influenciado por fatores como estado de saúde, rede social e familiar, situação econômica e atividades de lazer, este conceito também deve ser considerado no ambiente de cuidados hospitalares (PEREIRA; ALVAREZ; TRAEBERT, 2011).

Portanto, o processo de hospitalização da pessoa idosa deve viabilizar a identificação de riscos e problemas já instalados, e não apenas focar na condição aguda que o levou ao internamento. A partir da identificação de risco e gestão do cuidado

voltado para preservação da autonomia, independência e capacidade funcional, pode-se evitar eventos indesejados secundários à internação, além de promover e facilitar a reabilitação de condições prévias nestas pessoas (PEREIRA et al., 2014).

2.2 A INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

A IU se constitui como uma síndrome geriátrica multifatorial e, em situações como durante uma internação hospitalar, diversos fatores de risco são encontrados para o seu surgimento ou agravamento. Atualmente é definida pela Sociedade Internacional de Continência (ICS) como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (SAMUELSSON et al., 2015). Esta definição resulta de uma atualização da definição original, que designava a IU como “perda involuntária de urina, objetivamente demonstrável e que constitua um problema social ou higiênico” (PRICE, 2011, p.721). A simples definição de IU “queixa de qualquer perda involuntária de urina” tem uma implicação enorme para o sistema global de cuidados de saúde (MILSOM et al., 2014).

No entanto, tal definição, implica que há um problema com mecanismos de micção e não considera a incontinência devido ao comprometimento da cognição, mobilidade, ou restrição ao leito conhecida como incontinência funcional (PRICE, 2011).

Com relação à IU funcional, trata-se de um tipo de IU identificada por um diagnóstico de exclusão, ocorrendo quando a pessoa tem o desejo de urinar, mas não é capaz de chegar ao banheiro por algum motivo, sendo necessário pedir assistência para tal. Rotineiramente, ocorre por falta de motivação ou estímulo para ir ao banheiro, e está relacionada ao estado cognitivo, restrição de mobilidade, estado funcional e fatores do ambiente domiciliar ou institucional, sendo muito comum ocorrer de forma transitória em pessoas restritas ao leito durante a hospitalização (KEILMAN, 2005).

Na população idosa é muito importante procurar causas de IU transitória (JUNG; KIM; CHO, 2015). A IU transitória ou aguda é secundária a outra patologia, geralmente precipitada por condições externas ao trato urinário inferior e é responsável por um terço das causas de IU nos idosos que vivem no domicílio e por metade das causas de IU nos doentes hospitalizados devido à causa aguda (JUNG; KIM; CHO, 2015).

O surgimento súbito de IU no idoso é um alerta para a presença de patologia subjacente (MOTA et al., 2014). As causas deste tipo de IU são designadas pela mnemônica DIAPPERS: delírio (*Delirium*), infecção urinária (*Infection*), vaginite atrófica em mulheres com baixos níveis de estrogênio, principalmente na menopausa (*Atrophic vaginites*), uso de fármacos como diuréticos (*Pharmaceuticals*), distúrbios psicológicos e cognitivos (*Psychological disorder*), poliúria ou excesso de urina

eliminada, como em casos de *diabetes mellitus* descompensado ou hipercalemia (*Excessive urine output*), restrição de mobilidade ou imobilidade (*Reduced mobility*) e constipação ou impactação fecal (*Stool impaction*) (KHANDELWAL; KISTLER, 2013).

Estas causas reversíveis devem ser avaliadas e tratadas caso sejam detectadas. Vale ressaltar que na rotina hospitalar é muito comum as pessoas idosas possuírem mais de uma destas causas da IU transitória, o que ressalta a importância da abordagem de risco para o problema pela equipe de cuidados e sua identificação precoce. A correção de causas subjacentes geralmente resulta na resolução da IU transitória (JUNG; KIM; CHO, 2015). Se a IU persistir após a resolução dos problemas transitórios, devem ser consideradas causas com origem no trato urinário inferior e deve-se investigar outros tipos comuns de IU que incluem a IU de esforço, a IU de urgência e a IU mista (HAYLEN et al., 2010).

A IU de esforço é descrita como a perda involuntária de urina durante atividades que demandam esforço da musculatura do assoalho pélvico, como tosse, espirros, risadas, levantamento de peso e atividade física. O seu início no sexo feminino é, tipicamente, após a gravidez e, muitas vezes, precedido por algum episódio de incontinência durante a própria gravidez. Geralmente, ocorre a perda de pequeno volume de urina por vez, e é previsível com certas atividades (ou seja, muitos relatam a perda apenas quando realizam tais atividades de esforço) (HAYLEN et al., 2010).

Tanto os homens como as mulheres com IU de esforço, relatam alta frequência urinária, uma vez que se adaptaram que o esvaziamento frequente da bexiga diminui a quantidade de perdas. Existem relatos de melhoras se a bexiga estiver vazia, e se houver restrição de atividades que identificam predispor as perdas (STOTHERS et al., 2007).

Normalmente não ocorre à noite, ou seja, não são comuns queixas de noctúria. Nos homens, a grande maioria dos casos de IU de esforço, ocorre após uma prostatectomia radical ou ressecção transuretral da próstata. Esse tipo de IU é mais comum nas mulheres e, além do sexo feminino, também são considerados como fatores de risco, a hereditariedade, paridade, obesidade e tabagismo (STOTHERS et al., 2007).

Ao contrário das crenças comuns, ser fisicamente ativo, mesmo com atividades de alto impacto, não aumenta o risco de desenvolver IU de esforço, pelo contrário, é considerado como um fator protetor, devido ao seu efeito positivo sobre o controle de peso corporal e redução da obesidade (JIANG et al., 2004).

Outro tipo de IU é aquela relacionada à perda involuntária de urina associada à urgência (HAYLEN et al., 2010). Em ambos os sexos ocorre mais frequentemente em

indivíduos mais velhos. Outros fatores de risco incluem a radiação pélvica (ex., próstata, bexiga, uterina e retal), diabetes, doenças neurológicas, aumento da ingestão de cafeína, consumo excessivo de líquidos, excreção excessiva de líquidos (uso de diuréticos, insuficiência cardíaca congestiva) e impactação fecal (MINASSIAN; STEWART; WOOD, 2008; JACKSON et al.; 2006; STOTHERS et al., 2007).

Esse tipo de IU resulta da hiperatividade do músculo detrusor da bexiga e pode ser dividida em dois subtipos: sensorial (devido à irritação local e inflamação na bexiga) e neurológica (por acidente vascular cerebral, doença de Parkinson ou lesão da medula espinhal) (MINASSIAN; STEWART; WOOD, 2008; JACKSON et al., 2006; STOTHERS et al. 2007).

A perda urinária, nesses casos, ocorre no caminho para o banheiro. É relatada como bastante incômoda, uma vez que é imprevisível, podendo ser de grande volume. Além disso, pode ser desencadeada em certas posições como a supina, e até por estímulos como a audição ou sensação de água corrente, a exposição ao frio e fatores psicológicos, estando também associada à alta frequência urinária e à noctúria (HAYLEN et. al., 2010).

A IU mista, é a perda involuntária de urina associada à urgência e também ao esforço, sendo importante determinar qual destas situações é predominante, para orientar o tratamento (HAYLEN et. al., 2010).

Em se tratando da pessoa idosa, estas são as que menos relatam uma situação de incontinência para a equipe de saúde, frequentemente porque têm vergonha e, se não questionados, esquecem-se da condição, seja por deficiências cognitivas ou por considerarem os sintomas como uma consequência normal do envelhecimento (LAKHAN et al., 2011).

Ademais, os idosos, muitas vezes, manifestam sintomas atípicos de IU, devido à presença de múltiplas comorbidades, incluindo a fragilidade. Como uma das queixas geriátricas mais comuns, a IU também pode complicar outras condições crônicas subjacentes ou outras síndromes geriátricas (LAKHAN et al., 2011).

Sendo a IU uma condição multifatorial, são relatados numerosos fatores de risco que incluem: idade, gênero, número de partos, história de histerectomia ou prostatectomia, obesidade, comprometimento físico ou cognitivo, e doenças crônicas como *diabetes mellitus*, acidente vascular cerebral, bexiga neurogênica, hiperplasia benigna da próstata, demência e artrite. Assim, a IU está associada à idade mais avançada, comorbidades e comprometimento funcional ou cognitivo, e a fragilidade compartilha esses fatores de risco em comum (CHIU et al., 2015).

A fragilidade, descrita como um estado vulnerável da pessoa idosa, com reservas fisiológicas diminuídas em múltiplos sistemas, pode resultar de doenças crônicas, imobilização, nutrição inadequada, estresse, envelhecimento ou combinações desses fatores. Ser frágil também pode aumentar o risco de quedas, comprometimento funcional, institucionalização, incapacidade e mortalidade (ORTMAN; VELKOFF; HOGAN, 2014; AHMED; MANDEL; FAIN, 2007). Portanto, a identificação precoce da fragilidade pode ser muito importante na prevenção de desfechos adversos e mortalidade, e os programas de intervenção de fragilidade podem mitigar hipoteticamente a IU (ORTMAN; VELKOFF; HOGAN, 2014). Os problemas físicos associados ao envelhecimento como: deficiência auditiva e visual, redução da força muscular, da flexibilidade, do equilíbrio, do tempo de reação, da destreza, da coordenação motora fina, além de dificuldade para detectar o movimento e o toque, também reduzem sua capacidade de continência (BIERNACKI, 2007).

Uma situação de grande risco para a IU, por exemplo, é a mobilidade prejudicada, sendo este o "fator mais preditivo para a incontinência," assim, pode-se considerar que a manutenção e estímulo da mobilidade podem reduzir ou anular tal evento (OSTASZKIEWICZ; O'CONNELL; DUNNING, 2012 p.762).

Durante a internação hospitalar, as pessoas idosas se encontram num ambiente desconhecido com muitas barreiras, principalmente em hospitais não geriátricos, como leitos altos e com grades, pouca iluminação nos corredores, ausência de barras de suporte e piso antiderrapante nos banheiros, promovendo insegurança para a mobilidade, caracterizando este espaço como uma estrutura adversa ao processo do cuidado e estímulo à sua autonomia e independência, que precisa ser repensada (REGAT-BIKOÏ; VUAGNAT; MORIN, 2013).

Essa estrutura adversa aliada a fatores intrínsecos encontrados, muitas vezes, nessas pessoas, pode, inclusive, promover um confinamento no leito. Tal situação, frequentemente direciona à utilização de dispositivos de controle urinário como fraldas, sem avaliação do estado de continência da pessoa acometida, e real necessidade do uso que, por sua vez, pode levar a declínio cognitivo, apontado também, como um dos fatores de risco para o surgimento de IU (NYMAN et al., 2017).

Estudo mostra que dentre as razões para altas taxas de IU, estão o design físico da unidade, ou seja, fatores inerentes à estrutura. Aliado a este fator, apontam também o uso indevido de dispositivos de controle urinário, como fraldas e cateter vesical permanente, que podem ser prejudiciais para o paciente, quando descorajam a

independência com o uso de banheiros (PRICE, 2011; ZISBERG et al., 2011). Entre as estratégias mais utilizadas pela enfermagem que promovem IU nas pessoas idosas durante a hospitalização, está a colocação destes dispositivos de controle urinário, sem a devida avaliação prévia do estado de continência (LOCKS; SANTOS, 2016).

Com relação a esses dispositivos de controle urinário, quando instalados em pessoas idosas independentes e previamente continentes durante a internação, eles representam uma alteração direta nas estratégias habituais de micção, podendo afetar o estado de continência (ZISBERG et al., 2011). A necessidade do seu uso e manutenção deve ser avaliada pelo profissional enfermeiro em sua prática clínica, diariamente, pois quanto mais tempo a pessoa idosa hospitalizada é mantida com o dispositivo, mais ela se sente desencorajada à autonomia com o uso de banheiros.

O Consenso Europeu sobre a detecção e o diagnóstico de IU em pessoas idosas, aponta que o uso inapropriado de cateteres urinários e de fraldas deve ser evitado, pelo risco de IU transitória ou não nessas pessoas, muitas vezes de difícil reversão após retorno ao domicílio (AHARONY et al., 2017).

Ademais, estudos revelam que os pacientes com maior risco do uso indiscriminado de dispositivos de controle urinário, são as pessoas idosas, do sexo feminino, com baixa mobilidade, que já precisaram utilizar tais recursos em internações anteriores. Fatores que empiricamente induzem os profissionais a avaliarem a necessidade do uso, mais uma vez sem levar em consideração o estado de continência e autonomia do mesmo (NYMAN et al., 2017; PALESE et al., 2007; REGAT-BIKOÏ; VUAGNAT; MORIN, 2013).

Assim, a instalação destes dispositivos poderia ser evitada, sendo substituídos por estratégias alternativas, como a colocação de comadres e urinóis ou auxílio para ida segura até o banheiro. Nessa situação, é importante disponibilizar esses recursos materiais para uso, assim como a sua quantidade, além da distribuição de recursos humanos para a oferta do cuidado (NYMAN et al., 2017; PALESE et al., 2007; REGAT-BIKOÏ; VUAGNAT; MORIN, 2013).

Outro fator encontrado na literatura como justificativa do uso inadequado de fraldas durante a hospitalização foi a preferência da pessoa idosa pelo seu uso por causa de prolongada espera na assistência, ou medo de sujar-se. Nestes casos, o uso poderia ser reduzido, garantindo respostas rápidas às necessidades de higiene e de oferta de comadres ou urinóis (NYMAN et al., 2017; ZISBERG, 2011). Para isso seria necessário o dimensionamento de pessoas em quantidade e qualidade para reconhecer e ofertar esse

cuidado, demonstrando a necessidade de repensar o quantitativo de pessoal e qualificação destes para atender a crescente demanda de pessoas idosas hospitalizadas.

O surgimento de IU em idosos hospitalizados, devido ao uso indevido e indiscriminado de fraldas e de cateteres urinários, é referido na literatura como incapacidade iatrogênica, pois é adquirida mais por cuidados adotados pela equipe de saúde e fatores extrínsecos modificáveis da internação, do que por condições intrínsecas da pessoa acometida (MARTÍNEZ-VELILLA et al., 2016, SOURDET et al., 2015).

Segundo a Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria, "incapacidade iatrogênica" é definida como declínio funcional resultante de um ou vários eventos adversos iatrogênicos que ocorrem durante a hospitalização. Os eventos adversos iatrogênicos, geralmente, são definidos como qualquer lesão, dano ou complicação involuntária que resulte mais do gerenciamento de cuidados de saúde, do que do processo subjacente à doença (SOURDET et al., 2015).

É função importante da equipe, principalmente de enfermagem, o estímulo da independência funcional, colocando-se à disposição para ajudar na mobilização destas pessoas, ou estimulando o uso de instrumentos como os urinóis, mantendo assim o ambiente hospitalar o mais favorável possível à autonomia e independência da pessoa idosa em risco ou portadora de IU (FURLANETTO; EMOND, 2016; ZÜRCHER; SAXER; SCHWENDIMANN, 2011).

2.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIANTE DO PROBLEMA IU

A atuação do profissional enfermeiro no manejo da IU é relativamente nova na história da profissão. Estudo mostra que a equipe de cuidados, incluindo o profissional enfermeiro, possui déficit de conhecimento sobre o problema. Essa realidade é determinada, principalmente, pela escassez de informações desses profissionais acerca de seus determinantes, da sua frequência e das intervenções específicas que podem ser adotadas (SANTOS, 2016).

Preservar a continência da pessoa idosa, e gerenciar IU, é um empreendimento complexo, principalmente a nível hospitalar. Diretrizes internacionais e nacionais enfatizam a necessidade do estímulo por parte dos profissionais, para que a pessoa idosa vá ao banheiro de forma independente, quando possuem essa capacidade, e que sejam orientados e questionados se realizaram o esvaziamento completo da bexiga durante as micções. Sem este suporte e assistência no âmbito hospitalar, muitos idosos se tornarão incontinentes (OSTASZKIEWICZ et al., 2013).

Nas pessoas idosas, a IU não é apenas mais prevalente, mas também se apresenta de forma mais grave e está associada a sequelas não observadas em pessoas mais jovens. Como exemplo destas sequelas, pode-se ressaltar o aumento do risco de quedas, fraturas, hospitalização e re-hospitalização. Embora algumas pessoas idosas incontinentes se beneficiem de intervenções pontuais, em muitos casos são necessárias intervenções mais complexas envolvendo a equipe multiprofissional (GIBSON; WAGG, 2014).

Na maioria das vezes, a IU na pessoa idosa está associada à fragilidade e muitos fatores de risco não estão relacionados somente à disfunção específica do trato urinário. Assim, a manutenção da continência urinária dessas pessoas, não depende apenas de um trato urinário e de um assoalho pélvico funcionais, mas também de uma cognição suficiente para interpretar o desejo de urinar e localizar um banheiro, mobilidade e destreza adequadas para permitir uma caminhada segura e eficaz até o mesmo, e também um ambiente apropriado para possibilitar este acesso (GIBSON; WAGG, 2014).

Nazarko (2012, p.534) descreve a experiência de manter a continência em pessoas idosas como "caminhar em uma corda bamba". Referindo-se ao equilíbrio entre alguém que conhece sua necessidade de encaminhar-se ao banheiro e a sua habilidade para fazê-lo. O relatório do *Department of Health Victorian State* da Austrália (2012) afirma que a incontinência não é e não deve ser um resultado esperado de uma idade mais avançada. Os profissionais devem se atentar não só para o surgimento de novos casos durante a hospitalização, mas também para identificar casos já instalados. Assim, reconhecendo o problema, pode-se agir sobre ele.

O profissional enfermeiro deve rastrear e acompanhar essas pessoas, informando que a IU não é uma consequência inevitável do envelhecimento, e que tratamentos adequados podem ser adotados com resultados positivos. Importante também é fornecer informações sobre as opções de manejo da IU, sendo este um método efetivo para motivar as pessoas afetadas a iniciar o tratamento (NYMAN et al., 2017; REGATBIKOÏ; VUAGNAT; MORIN, 2013).

Entretanto, a despeito disso, pesquisa realizada na Suíça com 78 idosos, encontrou uma prevalência de 51% de IU por meio de auto relato destes pacientes. Embora uma proporção considerável da amostra tenha relatado apresentar algum tipo de IU, apenas em um quarto foram encontrados registros de enfermagem identificando-a (ZÜRCHER; SAXER; SCHWENDIMANN, 2011).

A triagem sistemática pode melhorar a identificação da IU, sendo bem aceita pelos pacientes. Neste mesmo estudo, a maioria dos participantes disseram que estavam dispostos a ser questionados sobre IU no hospital, 82% declararam que se tivessem que escolher um profissional que abordasse sobre o tema, que preferiam um profissional de enfermagem (ZÜRCHER; SAXER; SCHWENDIMANN, 2011).

Para que tanto o profissional enfermeiro, quanto os outros profissionais inseridos na equipe multiprofissional identifiquem sistematicamente a IU, e iniciem sua gestão em longo prazo, algumas medidas podem ser adotadas. Entre estas medidas, ressalta-se a capacitação da equipe, alertando sobre tal condição, e os riscos para o seu surgimento (BLANC et al., 2015; FURLANETTO; EMOND, 2016).

Ademais, a fim de melhorar o reconhecimento da IU, o rastreio das pessoas acometidas pode ser realizado por meio de instrumentos padronizados que dão suporte à equipe assistencial, como o histórico de enfermagem, por exemplo. Entretanto, é necessário que haja neste instrumento, a inclusão de itens que investiguem a situação de micção da pessoa idosa e, se aqueles que apresentam IU, desejam melhorar tal situação (BLANC et al., 2015; ZÜRCHER; SAXER; SCHWENDIMANN, 2011).

Ressalta-se que apesar de pouco difundidas na prática clínica, existem intervenções diante do problema da IU para além da colocação de dispositivos absorventes como as fraldas. São orientações, referidas na literatura como intervenções conservadoras ou terapia comportamental; estas, também podem ser incorporadas na assistência da equipe de cuidados hospitalares e, conforme os últimos consensos devem ser as intervenções de primeira escolha para amenizar os sintomas da IU. Trata-se de medidas não invasivas que podem beneficiar a pessoa idosa durante a internação e após sua alta (NAMBIAR et al., 2018).

Estas orientações são baseadas em protocolos e incluem medidas adaptadas a cada paciente de acordo com o tipo de IU e problema do trato urinário inferior que a pessoa idosa apresenta. Por isso, é necessário o rastreio, a investigação e o levantamento de dados, por meio de uma anamnese, exame físico direcionado e diário miccional (NAMBIAR et al., 2018).

O diário miccional, geralmente é adotado por 72 horas, quando um profissional capacitado orienta a pessoa idosa a registrar todo volume de líquido ingerido, todo o volume de micção eliminado, e todos os episódios de micção involuntária, ou seja, as perdas urinárias sem possibilidade de mensuração de volume neste período.

Posteriormente, é realizado um estudo do padrão miccional do paciente para o planejamento de intervenções e cuidados individualizados (SANTOS, 2016).

O diário miccional também pode ser utilizado após a intervenção de cuidados adotados para IU, a fim de avaliar a efetividade destes cuidados, quando é identificada a melhora ou não das perdas urinárias anotadas, antes e após as medidas (SANTOS, 2016).

As intervenções definidas como conservadoras ou como terapia comportamental, incluem orientações quanto aos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, modificação de dieta, com direcionamento da restrição de alimentos irritantes vesicais; orientações quanto à ingestão hídrica e treinamento da bexiga, além da atuação sobre as causas identificadas em cada caso individual que predispõem as perdas urinárias (CAVE, 2017).

Este cuidado pode ocorrer, por exemplo, na situação em que muitos idosos têm perdas urinárias apenas quando a bexiga está cheia. Nesse caso, podem ser orientadas quanto à realização da micção um pouco mais frequente, a partir de um plano e diário miccional, para impedir a urgência causada pela distensão do músculo detrusor da bexiga e reduzir episódios de IU nesses casos (SILVA; D'ELBOUX, 2012)

Outra medida seria a prática de orientar a pessoa idosa a se concentrar nas sensações da pelve e realizar várias contrações da musculatura do assoalho pélvico na vigência da urgência urinária, aguardar até o desaparecimento da sensação de urgência e, em seguida, caminhar normalmente até o banheiro (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

O exercício de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico envolve a repetição da contração e relaxamento destes músculos para melhorar a rigidez, a força, a resistência, a coordenação e sua função. A modificação da dieta e orientações quanto à ingestão hídrica, inclui a restrição e redução de líquido durante a noite, a restrição no consumo de fluidos irritantes vesicais como a cafeína, o álcool, bebidas gaseificadas e achocolatadas (CAVE, 2017).

Já o treinamento da bexiga é uma estratégia adotada para restabelecer o controle e restaurar um padrão de funcionalidade da mesma. É estabelecido um cronograma no qual a pessoa com IU tem as micções e idas ao banheiro de forma programada, dentro de um período de tempo definido que é aumentado gradualmente conforme ajustes observados no diário miccional (CAVE, 2017).

À medida que o intervalo entre as idas ao banheiro aumenta, a quantidade de urina que a bexiga é capaz de reter também aumenta, e esta programação de horários de idas ao banheiro, antes da sensação de vontade de urinar, pode ser realizada no ambiente

hospitalar em pessoas idosas com IU de urgência, após realização e estudo do diário miccional do paciente (CAVE, 2017).

Também estão incluídas no plano de terapia comportamental, orientações quanto ao controle do peso corporal e hábitos intestinais regulados, visto que a obesidade e a constipação são fatores comprovadamente associados à piora ou surgimento de IU (NAMBIAR et al., 2018).

Deve-se reconhecer que o profissional enfermeiro é indispensável na assistência à incontinência, e que na prática assistencial em ambientes de cuidados hospitalares podem ser implementadas melhores rotinas de promoção da continência que poderiam evitar o seu surgimento ou piora. Preservando a capacidade funcional destas pessoas, por meio destes cuidados, a equipe possibilitaria a melhora dos resultados dos pacientes, mais anos de vida saudáveis, redução de custos e, fundamentalmente, promoção da dignidade e qualidade de vida (FURLANETTO; EMOND, 2016).

A qualidade do gerenciamento da incontinência precisa melhorar e deve se concentrar no aconselhamento da pessoa acometida, para o manejo em longo prazo. Ao capacitar as organizações e a equipe assistencial, principalmente a de enfermagem, os cuidados na promoção da continência urinária podem ser incorporados e subsidiados por práticas baseadas em evidências, oportunizando incluir o paciente e a família como parceiros ativos nas condutas da equipe multiprofissional, a incontinência urinária em pessoas idosas hospitalizadas previamente continentemente pode ser evitada (NAMBIAR et al., 2018).

3 TEORIA DE AVEDIS DONABEDIAN

Avedis Donabedian foi o pioneiro no setor saúde a se dedicar, estudar de maneira sistemática, e publicar sobre qualidade em saúde. Ele absorveu da teoria de sistemas, a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado, adaptando-os ao atendimento hospitalar. Tais abordagens se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Nascido em 7 de janeiro de 1919 em Beirute, no Líbano, ele acompanhou a maior parte do século XX, tanto suas conquistas quanto seus horrores. Sua família foi vítima do holocausto do povo armênio e passou parte de sua vida em uma cidade pequena perto de Jerusalém. O que fez dele uma testemunha de turbulência social. Foi talvez essa exposição inicial a eventos traumáticos externos que proporcionaram sua interior profundidade espiritual e intelectual. Depois de receber seu diploma de medicina da Universidade Americana de Beirute, *Avedis Donabedian* praticou medicina familiar em Jerusalém (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Anos após ele expandiu seus horizontes na Universidade de Harvard, onde obteve um mestrado em saúde pública em 1955 e, após um breve período de ensino no *New York Medical College*, foi recrutado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, onde se tornou um dos seus membros do corpo docente mais renomados.

Avedis Donabedian, também foi membro do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, membro honorário do *Royal College of General Practitioners of the Reino Unido* e da Academia Nacional de Medicina do México (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Em 1980, o autor publicou a definição da qualidade e abordagens para a sua avaliação, que forneceu uma descrição mais detalhada do seu modelo conceitual. De acordo com o modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados podem ser extraídas de três pilares: "estrutura", "processo" e "resultados".

O componente Estrutura diz respeito às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais (DONABEDIAN, 1980). São exemplos de recursos avaliados: a organização administrativa da instituição, descrição das características das instalações, equipe assistencial disponível, perfil e experiência dos profissionais envolvidos, e a adequação com as normas vigentes (REIS et al., 1990).

O componente Processo corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, e a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados (DONABEDIAN, 1980). No estudo do Processo a avaliação pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática e de estudos baseados nos registros dos cuidados, e utilizam-se critérios estabelecidos pelo estudo da eficácia e da prática clínica rotineira para efetuar um atendimento mais efetivo e de qualidade (REIS et al.1990).

Já o componente Resultado, representa as consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1980). Na avaliação do Resultado é considerado o que existe de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total, porém, ela sofre a interferência de inúmeros fatores (DONABEDIAN, 1978).

Mesmo que os Resultados sejam um parâmetro de qualidade do serviço prestado, é essencial associa-lo às avaliações do Processo e da Estrutura para conseguir identificar as razões das diferenças encontradas, para aperfeiçoar o uso dos recursos, melhorar o planejamento, as intervenções e aumentar o alcance da eficiência almejada (PAGANINI, 1993).

A avaliação do Processo é essencial na interação com o paciente e na determinação das ações de saúde, por isso, é importante utilizar determinantes sociais e o contexto de vida do paciente para flexibilizar o processo de trabalho, formando um sistema aberto, e permitindo ajustes, de forma dinâmica e oportuna, nas tomadas de decisões, sem necessariamente precisar esperar o feedback do resultado (TANAKA, 2011).

Para Donabedian (1980, 1992) o Processo é o caminho direto para a avaliação da qualidade em saúde e o Resultado é o indicador indireto, pois reflete os efeitos das ações efetuadas. Por isso, ao iniciar a avaliação pelo Processo é possível identificar os resultados esperados e utilizá-los como parâmetro para o juízo de valor na avaliação dos resultados alcançados (TANAKA, 2011). Atualmente, as investigações baseadas nos enfoques, Estrutura, Processo e Resultado, estipulados por Donabedian, propõem um modelo

integrativo com avaliação das relações entre a qualidade do cuidado, o estado de saúde e os gastos de recursos (REIS et al., 1990).

Em sua obra, *Donabedian* esclarece que estas categorias não devem ser confundidas com atributos de qualidade, pois são classificações para os tipos de informações que podem ser obtidas, a fim de inferir se a qualidade do atendimento é satisfatória ou não. Além disso, ele afirma que, a fim de fazer inferências sobre a qualidade, é necessário que haja uma relação estabelecida entre as três categorias, e que essa relação entre as categorias se constitui mais como uma probabilidade do que uma certeza (DONABEDIAN, 1990).

Como citado anteriormente, um dos objetivos principais dos serviços de saúde é melhorar a saúde da população, atendendo as expectativas de todos os envolvidos no processo em função dos recursos disponíveis e dos valores sociais existentes (DONABEDIAN, 2005).

Para *Donabedian* (1993, p. 96) “a busca da qualidade constitui a dimensão ética da vida profissional. Com ela, todos os esforços razoáveis de monitoria da qualidade terão êxito e, sem ela, o mais engenhoso dos sistemas de monitoramento fracassará”. Assim, ele formula os sete atributos da qualidade do cuidado em saúde:

1. Eficácia: capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;
2. Efetividade: melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis;
3. Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
4. Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.
5. Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
6. Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
7. Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade (DONABEDIAN, 1993, p. 6).

Avedis Donabedian faleceu em 9 de novembro de 2000, após uma longa luta contra um câncer de próstata. Deixou, três filhos, quatro netos e um círculo de estudantes

e seguidores em todo o mundo. Sua influência global foi facilitada pela tradução de muitos dos seus livros e artigos em várias línguas, incluindo armênio, francês, italiano e espanhol. Um testemunho dessa influência é a existência da Fundação *Avedis Donabedian* para a melhoria de cuidados de saúde em Barcelona, Espanha, e de vários prêmios com seu nome (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Todos que tiveram o privilégio de aprender com esse excelente professor foram destinatários de sua generosidade inesgotável. O cuidado que ele levou em dar palestras e aconselhar estudantes foi proverbial. No espírito do verdadeiro mentor - uma espécie acadêmica que corre o risco de extinção - ele se envolveu não só com a transmissão do conhecimento, mas também com o desenvolvimento pessoal total de seus alunos, tanto pela intervenção ativa quanto pelo modelo paradigmático. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Na área da enfermagem destacam-se alguns estudos que utilizaram a tríade donabediana como referência para avaliação da qualidade da assistência. Estudo realizado em Portugal que objetivou avaliar que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento revelou que sobressaem, no nível da estrutura, cinco temas abordados: instalações, equipamentos, recursos humanos, equipe de assistência e recursos organizacionais. Com relação ao processo sobressaem das narrativas dos participantes do estudo, atributos divididos ao longo de quatro temas, investigação e diagnóstico, planeamento, atividades de enfermagem e avaliação do processo. O processo compreende todos os métodos e procedimentos utilizados para o funcionamento de um determinado serviço, abordando todas as atividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente: o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do cliente (GOMES et al., 2012).

Ainda se tratando da investigação supracitada, o componente menos explanado pelos enfermeiros de reabilitação foi o resultado. Nas narrativas dos participantes observou-se uma ausência na medição deste. Os autores desta pesquisa ressaltam que a medição dos resultados é apenas o primeiro passo de uma série de atividades (GOMES et al., 2012). Para fazer correções, tem que se andar para trás, ou seja, atingir o percurso do processo que conduziu aos resultados não desejados. A partir daí, pode-se rever os aspectos de estrutura que tenham sido responsáveis ou contribuído para os mesmos (SILVA; VARANDA; DÓRIA NÓBREGA, 2004). Apesar dos participantes terem considerado relevante a produção de indicadores que evidenciem a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, constatou-se que os mesmos não são aplicados.

Sendo o componente resultado, dividido em três temas: os instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e os resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos. Para medir a qualidade dos cuidados, deve-se selecionar os instrumentos mais adequados, tendo sido realçados a utilização de escalas e as auditorias (GOMES et al., 2012).

A qualidade da assistência de enfermagem é influenciada por diversos fatores tais como: a formação profissional, o número de profissionais disponíveis, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e a organização das instituições. Assim, a avaliação sistemática desses fatores que interferem nas ações de enfermagem deve propiciar informações para subsidiar as intervenções necessárias visando os resultados desejados (KURCGANT, 1991). Quando se fala em qualidade da assistência de enfermagem, como um fator fundamental para o benefício do cliente, é importante esclarecer o que se entende por qualidade da assistência e o que é esperado dos profissionais envolvidos no cuidado para atingi-la (BURMESTER, 2018).

Enfocada na qualidade, a assistência de enfermagem deve ter como finalidade a contínua melhoria da prestação dos serviços, bem como a definição de estratégias para alcançá-la levando em consideração o custo-benefício. A eficácia das estratégias empregadas para alcançar a qualidade dos cuidados de enfermagem somente poderá ser visualizada mediante avaliações criteriosas e contínuas (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). A qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas sim como um processo contínuo. As estratégias que possibilitam à enfermeira o controle da qualidade da assistência, exigem seu comprometimento e competência técnico-científica, resgatando para o profissional e para a categoria a importância do seu papel no contexto da assistência à saúde (CUNHA; FELDMAN, 2005).

4 MÉTODO

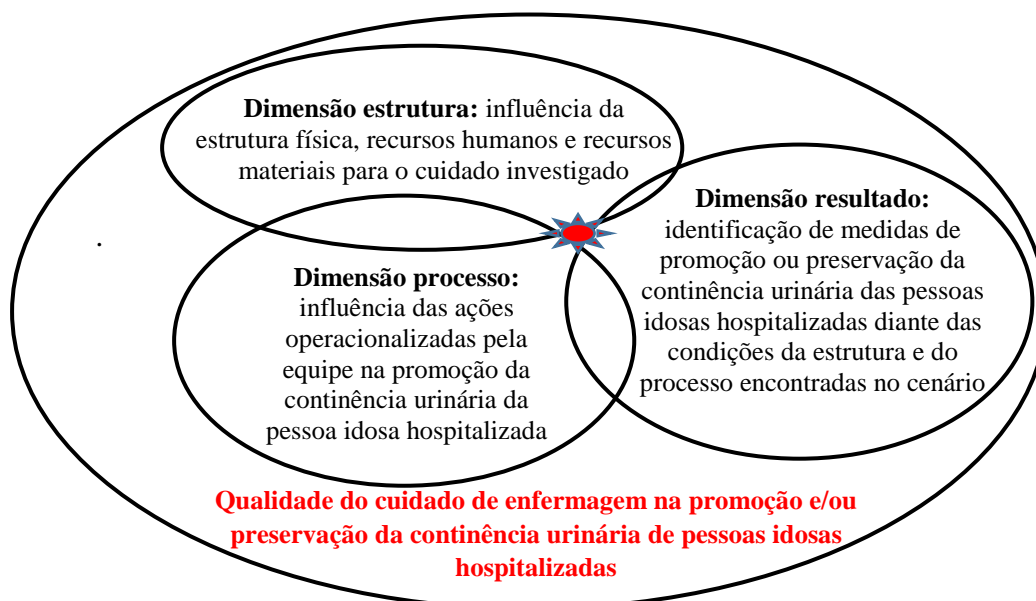
4.1 TIPO DE ESTUDO E MODELO TEÓRICO DE INVESTIGAÇÃO

Estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo exploratório. Qualitativo, pois se preocupa em investigar uma realidade que não pode ser quantificada, aprofundando-se em um universo subjetivo envolto por significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. Tais fenômenos constituem parte da realidade social, na qual o ser humano se distingue dos demais, não só por agir, mas por pensar sobre suas ações e interpretá-las dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2008).

A pesquisa ocorreu em três fases. A primeira fase foi a de levantamento das evidências científicas relacionadas à temática por meio da construção de uma revisão integrativa da literatura. A segunda fase, já partindo para o cenário do estudo, se constituiu na observação sistemática do cuidado da equipe de enfermagem e da estrutura da unidade (estrutura física, recursos materiais e recursos humanos); e a terceira e última fase foi a fase oficinas de grupo focal com os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na assistência no cenário estudado.

Utilizado um modelo teórico de investigação, descrito na figura 1, embasado na teoria donabediana a fim de relacionar o objeto da pesquisa aos três pilares da teoria de *Avedis Donabedian*.

Figura 1- Modelo teórico de investigação



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 LÓCUS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma unidade de internação com perfil de atendimento de pacientes de clínica médica de um Hospital Público Universitário da cidade de Salvador-Bahia. Tal unidade possui grande demanda de atendimento de pessoas idosas, dispondo de vinte e três leitos, sendo três leitos de isolamento e vinte distribuídos em sete enfermarias, seis com três leitos cada uma e uma com dois leitos. Cada enfermaria possui um banheiro, totalizando dez banheiros para pacientes na unidade. Os banheiros possuem barras de apoio na região do chuveiro e sanitário e são compartilhados pelos pacientes que compartilham quarto duplo ou triplo. No quarto de isolamento o banheiro é exclusivo. Existem também duas cadeiras de rodas e higiênicas para auxiliar as pessoas com dificuldade de mobilidade até o banheiro. A disposição dos leitos é organizada de acordo com o perfil clínico dos pacientes, como sexo, diagnóstico principal que levou ao internamento, tipo de isolamento e etc.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na unidade lócus. Existem 23 técnicos de enfermagem e nove enfermeiros lotados para assistência nesta unidade, dos quais dez profissionais participaram da pesquisa, sendo quatro enfermeiros e seis técnicos de enfermagem. Para delimitar os participantes, foi necessária uma aproximação com o campo, realizada durante a observação sistemática (segunda fase da pesquisa), quando a pesquisadora criou vínculos com a equipe de enfermagem e a convidou para as oficinas de grupo focal (terceira fase). Não houve recusa de nenhum profissional da equipe em participar da pesquisa, sendo possível incluí-los na programação dos posteriores encontros de acordo com a disponibilidade em escala de trabalho dos mesmos.

Considerando os critérios de exclusão do estudo, três profissionais da equipe assistencial estavam de férias no período das oficinas, dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro; não havia profissionais de licença ou afastados no período da coleta e dois profissionais, um técnico de enfermagem e um enfermeiro, atuavam há menos de seis meses na Unidade inviabilizando a participação destes na pesquisa.

Para viabilizar a participação da equipe nas oficinas de grupo focal (GF), houve apoio da coordenação de enfermagem, que proporcionou alguns dias da escala de enfermeiros e técnicos de enfermagem com profissionais além da demanda mínima requerida na unidade e nestes dias viabilizou que alguns dos enfermeiros e técnicos de

enfermagem que estavam dentro dos critérios de inclusão do estudo, saíssem da assistência por pelo menos noventa minutos para participação das discussões.

Tivemos assim, cinco profissionais em cada encontro, dois enfermeiros e três técnicos de enfermagem, respeitando a rotina de trabalho nos dias dos encontros, ou seja, que a saída daqueles da assistência no momento das discussões, não impactasse na rotina assistencial da unidade, e também o rigor metodológico da técnica de coleta de grupo focal, que considera viável a participação de no mínimo quatro integrantes para discussão durante os encontros.

4.4 COLETA DE DADOS

Para atender aos objetivos propostos e ao modelo teórico de investigação, foi utilizada a triangulação de técnicas de coleta. A triangulação de métodos para coleta dos dados é utilizada com a finalidade de aumentar a validade, confiabilidade do estudo, conhecimento sobre o tema e atender aos objetivos que se deseja alcançar (MINAYO et al., 2005). A técnica de triangulação tem a intenção de abranger a máxima amplitude no que se refere à descrição, explicação e compreensão do objeto estudado, sendo impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, isto é, sem a influência dos aspectos históricos, culturais e sociais (TRIVIÑOS, 2008).

Utilizadas três técnicas de coleta de dados, primeiramente, o levantamento de evidências científicas relacionadas ao tema que embasou a construção do roteiro da pesquisa e das outras fases de coleta que foram a observação sistemática e as oficinas de grupo focal.

4.4.1 Primeira fase: Levantamento das evidências científicas

Para levantamento das evidências científicas relacionadas à temática, utilizou-se como base a construção de uma revisão integrativa (GÓES et al., 2019, no prelo), cujo objetivo foi identificar na literatura quais os fatores inerentes ao cuidado hospitalar que favorecem o surgimento de IU em pessoas idosas.

A revisão integrativa da literatura se constitui como tipo de investigação que busca resultados de estudos anteriores, relativo a um fenômeno particular, atentando para o que é conhecido sobre aquele fenômeno, qual a qualidade do que é conhecido, o que deve ser conhecido e qual é o próximo passo para a investigação ou prática (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Assim, auxilia dando visibilidade ao fenômeno, mostrando lacunas nesse conhecimento e melhorando a prática clínica.

Para sua construção, atendendo ao rigor científico, foi preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de uma pesquisa convencional

(ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). As etapas foram contempladas a partir da elaboração de um protocolo contendo (1) pergunta de pesquisa da revisão, (2) critérios de elegibilidade dos estudos, (3) estratégia de busca/categorização dos estudos, (4) forma de avaliação crítica dos estudos, (5) interpretação dos resultados e (6) síntese do conhecimento.

A amostra desta revisão se constituiu de 13 artigos, publicados entre os anos de 2008 a 2018, nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed), *SciVerse Scopus* e *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Os estudos foram encontrados nestas bases, a partir da busca com os descritores idoso/*aged/anciano*, hospitalização/*hospitalization/hospitalización* e incontinência urinária/*urinary incontinence/incontinencia urinaria* e o operador booleano “AND”.

Tal busca foi realizada sem restrição de idiomas, sendo assim encontrados artigos em inglês, espanhol, francês e português. Quanto à análise do conteúdo dos artigos selecionados na amostra, correlacionando também com a teoria donabediana, foram encontrados como fatores inerentes ao cuidado hospitalar que favorecem o surgimento de IU na pessoa idosa: o uso não justificado e indiscriminado de dispositivos de controle urinário como a fralda geriátrica; a estrutura hospitalar adversa às necessidades da pessoa idosa; e o déficit no rastreio, identificação de risco e subnotificação do problema por parte da equipe de cuidados. O conteúdo explorado a partir de tais evidências científicas embasou o planejamento e implementação das etapas posteriores de pesquisa de campo.

4.4.2 Segunda fase: Observação sistemática do cuidado e da estrutura da unidade

A observação permite a detecção e obtenção de informações, por vezes não apreendidas por outras técnicas de coleta. Por outro lado, exige rigor e sistematização específicos, diferenciando-se da observação informal e denominando-se observação científica. Para esta última, têm-se um objetivo específico e a questão de pesquisa pode versar sobre os contextos sociais e a influência dos mesmos sobre as relações humanas (CANO; SAMPAIO, 2007).

Quanto à participação do pesquisador, a observação pode ser classificada como participante e não-participante, na qual o pesquisador não se envolve com o objeto pesquisado. A observação não-participante também pode ser conhecida como simples. Cabe ressaltar que existem diferentes níveis de participação, sendo que o pesquisador pode, desde apenas assistir, até agir na situação objeto da observação (MOREIRA, 2004).

Uma terceira classificação de observação além da participante e não-participante, diz respeito a observação sistemática ou planejada. Neste caso, têm-se que o pesquisador

deve escolher previamente o fenômeno a ser estudado e o foco exato que irá seguir para a análise. A observação participante costuma ser essencialmente não estruturada, enquanto a observação simples e sistemática costuma ser baseada em estruturas pré-formuladas (CANO; SAMPAIO, 2007).

Desta forma, optou-se pelo tipo de observação sistemática ou planejada, baseada num roteiro previamente formulado (APÊNDICE B). A fim de atender aos objetivos propostos na pesquisa, além deste roteiro, também foi utilizado um diário de campo para anotação de observações relevantes que pudessem surgir e não estivessem contempladas no roteiro formulado. Já o registro da observação é realizado no momento em que esta ocorre e pode assumir diferentes formas. A mais frequente, consiste na tomada de notas por escrito ou na gravação de sons ou imagens (GIL, 2008).

Tal registro foi realizado no roteiro de observação sistemática, previamente elaborado, contendo os itens a serem observados na rotina da unidade, como a observação do estímulo da equipe pelo uso ou não de banheiros por idosos com preservação dessa autonomia, do estímulo da equipe à mobilidade de idosos com essa possibilidade, do estímulo ao uso de aparadeiras e urinóis, do uso justificado ou não de dispositivos de controle urinário como fraldas e cateter vesical permanente e da estrutura da unidade quanto à influência da estrutura física e da disponibilidade e disposição dos recursos materiais e humanos para ofertar o cuidado investigado.

Foram realizadas pela pesquisadora 66 horas de observação, divididas em turnos matutinos durante oito dias (30 horas), vespertino durante seis dias (24 horas) e noturno durante quatro dias (12 horas). Nestes dias de observação houve aproximação com o campo e equipe atuante no cenário, quando a pesquisadora, em conformidade com a escala de serviço, e acordo com a coordenação, estabeleceu com a equipe os dias mais viáveis para realização das oficinas de grupo focal (terceira fase de coleta).

4.4.3 Terceira fase: Oficinas de grupo focal

O GF é aplicado como técnica de coleta quando um pesquisador tem como objetivo coletar informações sobre determinado tema específico, por meio da discussão entre os participantes reunidos em um mesmo local, e durante certo período de tempo (DALL'AGNOL et al., 2012).

Esta técnica valoriza a interação entre os participantes e o pesquisador, sendo realizada a partir das discussões focadas em tópicos específicos e diretivos. Isso proporciona a troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes. Origina discussões e elabora táticas grupais para solucionar problemas e transformar realidades,

pautando-se na aprendizagem e na troca de experiências sobre a questão em estudo, potencializando o protagonismo dos participantes na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa (KINALSKI et al., 2017).

O planejamento dessa atividade deve considerar um conjunto de elementos que garantam seu pleno desenvolvimento, a saber: recursos necessários, com destaque especial para os moderadores do grupo; definição do número de participantes e de grupos a serem realizados; perfil dos participantes; processo de seleção e tempo de duração. Para realização dos grupos, devem ser reservados espaços apropriados, de preferência em território neutro e de fácil acesso aos participantes (TRAD, 2009).

O ideal é uma sala que abrigue confortavelmente o número previsto de participantes e moderadores e que esteja protegida de ruídos e interrupções externas. Os participantes podem ser distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval, ou dispostos em cadeiras arrumadas em forma circular. É recomendável também disponibilizar água, café e um lanche ligeiro para os participantes (TRAD, 2009).

Quanto aos equipamentos requeridos, o uso de gravadores (mínimo dois) é considerado imprescindível. Para potencializar a qualidade do áudio na fase de transcrição, a presença de microfones revela-se especialmente útil. Câmeras, microfones e notebooks podem ser considerados recursos adicionais, cujo uso dependerá da utilização pretendida de som e imagem pelos pesquisadores. Vale ressaltar, que a utilização de qualquer um destes recursos estará condicionada à expressa permissão dos participantes dos grupos (TRAD, 2009).

Com relação ao número de participantes nos grupos focais, encontramos na literatura uma variação entre quatro a quinze. O tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (PIZZOL, 2004).

Após os dezoito dias de observação, foram iniciados os encontros de grupo focal, que totalizaram quatro encontros ocorridos nos dias 09 e 23 de outubro e 6 e 21 de novembro de 2018. Para os encontros de grupo focal a pesquisadora e mais três voluntários compuseram uma equipe de quatro pessoas, cada um com sua função delimitada viabilizando o planejamento e a metodologia requeridos nas discussões.

A pesquisadora, com função de moderadora, direcionou as discussões a fim de atender os objetivos propostos da pesquisa e do modelo teórico de investigação; outro membro da equipe, uma enfermeira atuante no grupo de estudos e pesquisa do idoso (NESPI), se colocou como voluntária do estudo e realizou a função de observadora nos

encontros; a mesma anotava os pontos mais importantes levantados na discussão e observava gestos, envolvimento e posturas de todo o grupo.

Os outros dois membros da equipe de organização das oficinas de grupo focal, foram duas estudantes de graduação, uma de enfermagem e uma de fisioterapia, bolsistas de iniciação científica de projetos relacionados à temática da IU em que a pesquisadora se constitui como tutora.

Uma das estudantes ficou responsável pela gravação das discussões e controle do tempo e a outra ficou responsável por organizar as questões como entregas de crachás, entrega de termo de consentimento e arquivamento daqueles que ficaram em posse da equipe de pesquisa, organização dos lanches dos encontros e sinalização para moderadora se fosse observado que alguém do grupo estivesse participando pouco ou não estivesse participando da discussão, para que a mesma direcionasse a participação linear entre todos os membros do grupo.

Para identificação dos participantes foram entregues crachás com cores, a partir daí cada participante passou a se identificar com sua cor correspondente e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e autorização da gravação da discussão dos encontros, os participantes preencheram um questionário de caracterização (APÊNDICE C) identificando sua cor de crachá e perfil de formação. Solicitado também aos participantes que fossem desligados os aparelhos de celular sempre que se iniciava cada discussão.

A proposta da discussão foi dividida em dois encontros, com dois grupos diferentes de cinco profissionais, totalizando quatro encontros e dez participantes. Cada grupo participou de dois encontros, onde foram discutidas as mesmas temáticas, com os dois grupos selecionados.

Para os encontros, foi disponibilizada uma sala de treinamentos do hospital, viabilizando para que estes ocorressem em um espaço privativo, sem interrupções e livre de ruídos, mas próximo da unidade em que os mesmos estavam na assistência. Os encontros ocorreram todos no período da tarde, por volta das 16 horas, em conformidade com a equipe e coordenação de enfermagem do setor, por ser o horário observado em que a unidade se encontrava mais tranquila com relação à demanda de atividades de cuidado da equipe de enfermagem.

4.4.4 Primeiro e segundo encontros de grupo focal

O primeiro e o segundo encontros de GF foram realizados nos dias 09 e 23 de outubro de 2018, com grupos distintos formados por três técnicos de enfermagem e dois

enfermeiros, para discussão do mesmo tema. O primeiro encontro teve duração de 55 minutos e o segundo de 77 minutos.

Nos dez minutos iniciais de ambos os encontros, foi explicada a dinâmica do grupo focal, apresentada a proposta, a teoria relacionada ao objeto de estudo e os objetivos da pesquisa. Após tais esclarecimentos, foram distribuídos os crachás e assinados os termos de consentimento livre e esclarecido.

A proposta do primeiro encontro foi para discutir os fatores da hospitalização que poderiam favorecer ao surgimento ou piora da IU na pessoa idosa, e o conhecimento do grupo em relação a esta, além de seus fatores de risco. Para operacionalização destes encontros a moderadora seguiu um roteiro previamente construído (APÊNDICE D).

Como disparador da discussão, foi apresentado pela moderadora um caso clínico, em que uma idosa hígida e independente, que fazia todas as suas atividades no domicílio, sofreu uma queda, fraturou o fêmur e foi submetida a uma cirurgia, precisando ficar internada por quinze dias no hospital. Durante esses quinze dias foram colocadas fraldas geriátricas e a idosa passou a ficar dependente desse dispositivo, retornando para casa ainda em uso do mesmo, comprometendo sua capacidade funcional, autonomia e independência.

A partir daí, foi iniciada a discussão, através do questionamento: pensando nesse caso, e em outros pacientes idosos atendidos na vivência assistencial de vocês, quais os fatores da hospitalização, abrangendo tanto a estrutura como o processo de cuidado, vocês acreditam que influenciam na continência urinária da pessoa idosa?

Ao final da discussão foi ofertado um lanche e promovido um momento de relaxamento e interação entre os participantes e a equipe de pesquisa, ressaltando a continuidade da discussão num segundo encontro agendado em conformidade com a escala de serviço de todos.

4.4.5 Terceiro e quarto encontros de grupo focal

O terceiro e o quarto encontros de GF, ocorreram nos dias 6 e 21 de novembro de 2018, com duração de 53 e 52 minutos respectivamente. Participaram os mesmos profissionais dos encontros anteriores, sendo que os profissionais presentes no primeiro encontro se repetiram no terceiro, e aqueles presentes no segundo encontro se repetiram no quarto.

Para iniciar a discussão foram distribuídos os mesmos crachás utilizados no encontro anterior, cada um continuando com sua respectiva cor. Foram levantados inicialmente pela moderadora, os pontos mais relevantes da discussão anterior, validadas

pelos integrantes que apontaram tais pontos no encontro anterior, concordando com as observações destacadas pela moderadora. Após lembrar e validar com os participantes os fatores discutidos por todos anteriormente foi disparada a primeira questão discursiva do dia: quais intervenções de enfermagem vocês acreditam que possa prevenir o surgimento da IU em pessoas idosas hospitalizadas ou reabilitar aquelas que já se internam com o problema?

Logo após a discussão dessa questão foi disparada uma última questão: quais medidas vocês acreditam que poderiam ser adotadas ou incorporadas na assistência de vocês para amenizar o problema ou estimular o cuidado da equipe de enfermagem para promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas?

Após as reflexões e pontos levantados, a moderadora encerrou o encontro e a participação dessas pessoas nas oficinas de GF, e todos foram convidados para um lanche e um momento de interação entre os participantes, quando a pesquisadora fez os agradecimentos ao grupo.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise do material obtido na primeira fase de coleta que foi a revisão integrativa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, contemplando as fases da pré-análise; exploração do material; tratamento das informações, baseando-se na resposta à questão norteadora para, finalmente, levantar as categorias temáticas, a partir da síntese dessas respostas. Tais categorias foram apresentadas, analisadas e discutidas a partir das evidências da literatura e do modelo conceitual de *Avedis Donabedian*, sendo correlacionados os resultados dos estudos encontrados com os pilares de seu modelo conceitual.

Com relação à análise do material coletado durante a observação sistemática, foi realizada uma leitura flutuante das anotações observadas, identificando os pontos que facilitavam ou dificultavam a realização do cuidado de enfermagem para a promoção da continência urinária da pessoa idosa durante a sua internação, e se foi realizada ou como foi realizada essa prática durante a rotina da unidade. Posteriormente, estes pontos foram explorados a partir do conteúdo do corpus destas anotações e utilizados para triangular com os dados obtidos das demais fases (revisão integrativa e oficinas de GF), visando a formação de categorias temáticas voltadas aos objetivos propostos na pesquisa.

Para análise do material obtido nos encontros do GF, foi realizada a transcrição na íntegra de todo conteúdo das discussões gravado nos encontros, posteriormente feita a leitura flutuante e exploração do conteúdo, identificando os pontos levantados que

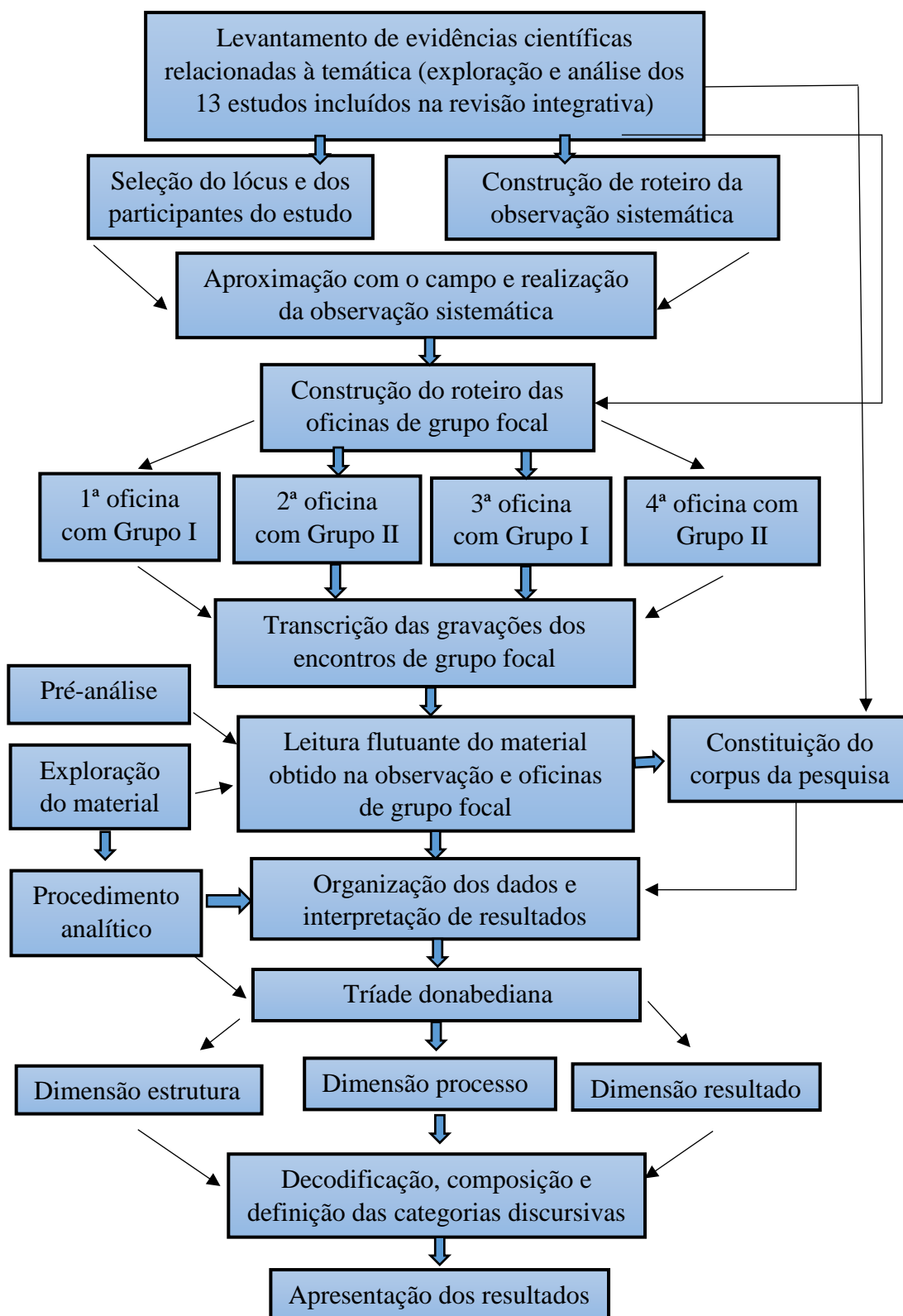
respondessem aos objetivos propostos. A partir dessa exploração do conteúdo realizada, também por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, atentando para os pontos nas falas dos profissionais que se relacionavam com cada pilar da teoria donabediana, com os achados no levantamento das evidências científicas e com a observação sistemática a fim de triangular todos os achados e apreender ao máximo a realidade investigada.

Após traçar as unidades de análise (categorias e subcategorias), os dados foram codificados no software WebQDA. As unidades de registro foram codificadas na forma de códigos em árvore, identificando como códigos “mãe” o componente estrutura, o componente processo e o componente resultado. Dentro do código “mãe” estrutura, foram codificados os componentes recursos humanos, recursos materiais e estrutura física. Após a codificação, foi obtida a frequência de falas de cada participante da pesquisa com relação a tais unidades de análise, sendo assim, exportadas para o programa Excel e representadas em tabelas e gráficos.

Vale ressaltar que para atender ao rigor científico e evitar vies, a observação sistemática na unidade, a transcrição das falas dos profissionais nas oficinas de grupo focal, a leitura flutuante e a exploração do conteúdo do corpus da pesquisa foram realizados pela pesquisadora, entendendo que para triangulação dos dados e apreensão da realidade, tais atividades não poderiam ser delegadas ou fragmentadas. A partir daí foram levantadas as categorias temáticas do estudo.

Os resultados, então foram obtidos, relacionando cada dimensão do referencial teórico (estrutura, processo e resultado) com os componentes encontrados que influenciam o cuidado de enfermagem na promoção da continência urinária de idosos hospitalizados no cenário. Todo o percurso metodológico da pesquisa está descrito na figura a seguir:

Figura 02- Percurso Metodológico



Fonte: Elaborado pela autora

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está inserido em uma pesquisa matriz intitulada “Cuidado à pessoa idosa durante a hospitalização e transição hospital-domicílio” submetido ao Comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, aprovado pelo parecer número 2.699.510 e CAAE: 87976818.6.0000.553 (ANEXO A) para o qual foram enviadas emendas ressaltando os objetivos da presente pesquisa e seus procedimentos de coleta de dados que foi iniciada somente após a liberação destas emendas, atendendo as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos conforme as Resoluções nºs 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Após apresentação dos objetivos da pesquisa e esclarecimento sobre todas as suas fases, os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias, ficando uma via com o participante e outra em posse da pesquisadora, sendo, assim, preservado o princípio ético da autonomia. Preservado também o princípio da beneficência no que diz respeito às contribuições do estudo para a prática profissional e subsídio à prática da enfermagem baseada em evidências no que tange o cuidado à pessoa idosa hospitalizada em risco ou portadora de IU.

Quanto aos princípios da não maleficência e justiça foi atentado para o desgaste físico e possível constrangimento dos participantes por se tratar de pesquisa relacionada à prática profissional, deixando claro que pudesse haver a interrupção de atividades propostas, quando fosse observado tal risco. Ressaltando também a preservação do anonimato e o fato de que a pesquisa não pretendia avaliar competência técnica, nem tão pouco trazer danos aos profissionais envolvidos ou unidade pesquisada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram na fase das oficinas de GF, dez profissionais da equipe de enfermagem, atuantes na assistência direta ao paciente no cenário do estudo. Para preservar o anonimato, estes foram identificados por cores e caracterizados quanto ao seu perfil. A apresentação da caracterização destes participantes está descrita no quadro 1 a seguir:

Quadro 1- Caracterização dos participantes do estudo. Salvador, Bahia, 2018.

Crachá (Cor)	Idade (anos)	Formação	Sexo	Tempo de formação	Tempo de atuação na unidade	Participação em algum curso ou capacitação que abordou o tema IU
Rosa	Entre 46 a 50	Técnica de enfermagem	Feminino	Mais de 15 anos	De 02 a 05 anos	Não
Roxo	Entre 41 a 45	Técnico de enfermagem	Masculino	Mais de 15 anos	De 02 a 05 anos	Não
Vermelho	Entre 31 a 35	Técnico de enfermagem	Masculino	De 02 a 05 anos	De 01 a 02 anos	Não
Verde	Menos de 25	Técnica de enfermagem	Feminino	De 02 a 05 anos	De 01 a 02 anos	Não
Amarelo	Entre 31 a 35	Técnica de enfermagem	Feminino	De 02 a 05 anos	De 02 a 05 anos	Sim
Marrom	Entre 31 a 35	Técnico de enfermagem	Masculino	De 10 a 15 anos	De 01 a 02 anos	Sim
Azul	Entre 31 a 35	Enfermeiro	Masculino	De 10 a 15 anos	De 01 a 02 anos	Não
Cinza	Entre 31 a 35	Enfermeiro	Masculino	De 10 a 15 anos	De 01 a 02 anos	Não
Preto	Entre 36 a 40	Enfermeiro	Masculino	De 10 a 15 anos	De 01 a 02 anos	Sim
Laranja	Entre 26 a 30	Enfermeira	Feminino	De 05 a 10 anos	De 01 a 02 anos	Sim

Fonte: questionário respondido pelos participantes.

Quanto à idade, metade dos participantes possuía idade entre 31 e 35 anos com tempo de formação predominantemente de menos de 15 anos (80%) e pouco tempo de atuação na unidade (70% com menos de dois anos). Com relação à participação em algum curso ou capacitação em que foi abordado o tema da IU, 60% dos participantes relatou nunca ter participado de nenhuma capacitação que abordasse o tema, corroborando a necessidade de visibilidade do problema por parte das equipes de atenção à saúde,

principalmente de enfermagem. De todos que relataram já ter participado de algum tipo de capacitação relacionada à temática, ressaltaram que esta não foi fornecida pelo hospital e sim em cursos externos.

Sabe-se que em 2006, instituiu-se a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, com foco em ações preventivas e promocionais relacionadas ao paciente idoso; a Política visa também identificar idosos, classificando-os em independentes ou não e atuando de forma diferenciada e individual. Aos idosos frágeis seriam destinadas ações de reabilitação, prevenção secundária e atenção domiciliar (BRASIL, 2006). Após cerca de 12 anos de criação desta política, a formação de profissionais de saúde com perfil voltado para as especificidades da pessoa idosa e que atendem as demandas da nova tendência populacional ainda é ínfima. Existe um abismo entre as diretrizes pautadas na política e sua operacionalização na prática clínica, sendo muito visível profissionais, mesmo com pouco tempo de formados, ainda relatarem não ter sido abordado em seu processo de formação tais temáticas, o que se intensifica no caso de profissionais com maior tempo de formação, quando tais diretrizes ainda nem existiam (GOMES et al., 2012). Tal fato enfatiza a necessidade e importância da educação permanente em saúde e da priorização e inclusão destas temáticas nos programas de educação permanente das instituições, principalmente das instituições hospitalares.

Aos participantes enfermeiros, foi questionado também, na caracterização, se estes possuíam alguma especialização e em qual área. Todos possuíam especialização, porém nenhum na área da gerontologia. Dois possuíam especialização em enfermagem do trabalho, sendo que um destes também tinha residência em saúde mental e o outro também tinha especialização em gestão do cuidado ao paciente crítico; os outros dois tinham especialização em urgência e emergência e em auditoria em saúde. Por se tratar de um hospital público em que o vínculo institucional se dá por meio de concurso público, alguns profissionais que não possuem especialização direcionada para atuar em determinados setores, acabam sendo admitidos por terem sido aprovados no concurso, e são realocados de acordo com a demanda da instituição e sua experiência curricular.

De fato, cuidar de pessoas idosas envolve complexidade acrescida, que exige transformações na forma como os enfermeiros exercem a sua profissão. Além disso, este cuidado precisa ser adequado às especificidades destas pessoas (não podem ser apenas uma adaptação dos cuidados aos adultos) (SOUSA; RIBEIRO, 2013). Trabalhar com pessoas idosas é um confronto do profissional e da pessoa com o futuro e a vida (por exemplo, encarando circunstâncias como a mortalidade/finitude, dependência funcional),

implicando refletir sobre valores individuais e desenvolvimento de compaixão (SOUSA; RIBEIRO, 2013).

Ainda relacionada à caracterização, com relação ao sexo, 60% dos participantes foram do sexo masculino, o que confirma o crescimento da formação de profissionais de enfermagem deste sexo, atuando principalmente na área hospitalar. Partindo para o senso comum, ou até mesmo quando se questiona os profissionais de saúde, é notório o fato de que a enfermagem é uma profissão exercida, majoritariamente, por mulheres, tanto em seu nível técnico, mas principalmente no nível superior, porém a participação masculina na enfermagem atual representa um crescimento constante, que vem se confirmando, de forma gradual, desde a década de 1990 e hoje é de aproximadamente 15%, abrangendo todas as classes de trabalho; quando se fala apenas de enfermeiros, esse número cai para 12% (LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

Com relação aos resultados obtidos após análise do corpus, formado através da coleta de dados a partir da revisão integrativa, observação sistemática e GF, ancorado na tríade donabediana, foram levantadas três categorias temáticas: (1) Influência dos aspectos estruturais na oferta do cuidado de enfermagem para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas, com as subcategorias recursos humanos, recursos materiais e estrutura física; (2) A cultura do uso de dispositivos de controle urinário durante a hospitalização; e (3) Ações de cuidado para promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada e como ampliá-las. Os resultados das categorias encontradas correlacionado com o modelo teórico adotado encontram-se resumidos no quadro 2 a seguir:

Quadro 02 – Pontos chave encontrados no estudo ancorados nos três pilares donabedianos. Salvador, 2018.

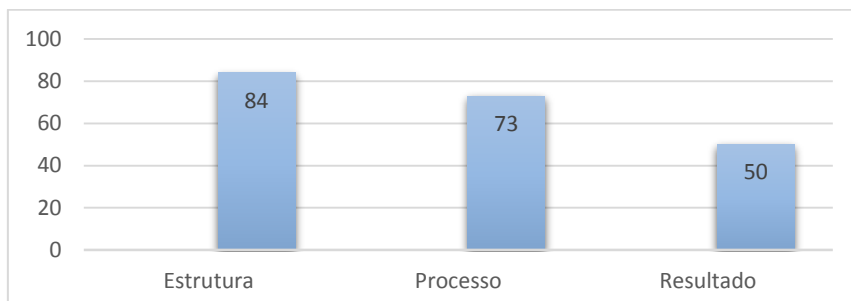
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit no quantitativo de pessoal para auxiliar a independência da pessoa idosa com o uso de banheiros, aparadeiras e urinóis, principalmente no período noturno; ▪ Acompanhante como parceiro no cuidado da promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada, desde que orientada a a relevância destes cuidados pela equipe; ▪ Déficit de conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto ao processo do envelhecimento, o problema da IU e suas intervenções; ▪ Déficit de recursos materiais para oferta do cuidado na promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas; ▪ Estrutura física adversa ao cuidado na promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas;
Processo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso indiscriminado e não justificado de fraldas geriátricas em pessoas idosas principalmente com mobilidade prejudicada e do sexo feminino; ▪ Estímulo muito maior do uso de urinóis em idosos do que de aparadeiras em idosas; ▪ Fatores psicológicos como o pudor, o medo e a dependência como influência no uso de fraldas pela pessoa idosa hospitalizada; ▪ Pouca associação dos profissionais de enfermagem da relação entre o uso do cateter vesical com o surgimento de IU; ▪ Pouca abordagem dos profissionais de enfermagem quanto à ocorrência e rastreio de IU pós retirada de cateter vesical;
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de ações de cuidado na promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas, porém tímidas, pontuais e não sistematizadas; ▪ Levantamento reflexivo, sensibilização e reconhecimento do problema por parte dos profissionais de enfermagem; ▪ Necessidade de construção de protocolos e escalas validadas que orientem a prática assistencial para com o problema; ▪ Reconhecimento da importância de medidas e intervenções multidisciplinares diante do problema no cenário estudado; ▪ Levantamentos de sugestões por parte dos profissionais de como incorporar ações de cuidado para IU na rotina assistencial;

Fonte: corpus da observação sistemática e transcrição das oficinas de grupo focal.

Quanto à frequência das falas dos participantes, relacionadas a cada componente da tríade donabediana, após codificação das unidades de registro no software WebQDA, obteve-se com maior frequência falas relacionadas ao componente estrutura, destacando-se o atributo recursos humanos, seguido de recursos materiais e estrutura física. O segundo componente mais destacado pelos participantes nas oficinas foi o componente

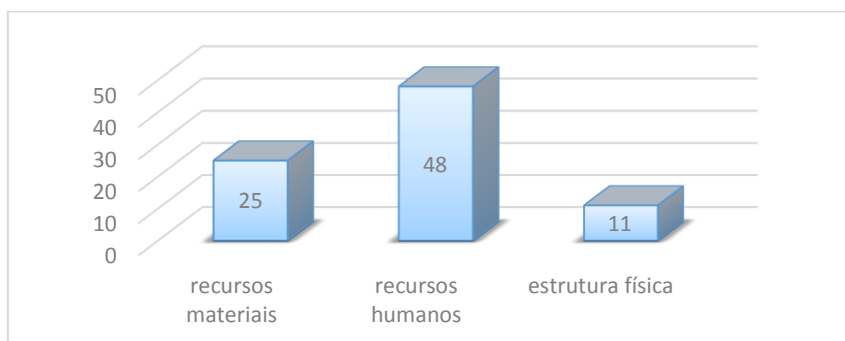
processo e, por último, o componente resultado. Como pode-se observar nas figuras 3 e 4.

Figura 3- Frequência de falas dos participantes relacionadas a cada componente da tríade donabediana.



Fonte- Transcrição dos encontros de grupo focal realizado com os participantes.

Figura 4- Frequência de falas dos participantes relacionadas às subcategorias do componente estrutura.



Fonte- Transcrição dos encontros de grupo focal realizado com os participantes.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de clínica médica, utilizando como base a tríade donabediana, também encontrou como o componente menos explanado pelos participantes, o resultado. Nas narrativas destes, observou-se uma ausência da mensuração e avaliação dos resultados de seus cuidados. Vale ressaltar que a mensuração dos resultados é apenas o primeiro passo de uma série de atividades (GOMES et al., 2012). Para medir a qualidade dos cuidados, deve-se selecionar os instrumentos mais adequados, como a utilização de escalas, as auditorias ou a avaliação contínua de desfechos favoráveis ou não, como o surgimento de incapacidades de pessoas vulneráveis durante a hospitalização, como as pessoas idosas.

5.2 INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS ESTRUTURAIS NA OFERTA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS

Em todas as estruturas quer elas sejam hospitalares ou extra-hospitalares, existem fatores que contribuem para a qualidade dos cuidados. A organização destas estruturas não é fácil, visto que é necessário abranger áreas muito práticas ou instrumentais, e em simultâneo, aspectos muito subjetivos como o clima reinante e a coerência do todo (HESBEEN, 2001).

Os resultados revelaram que o componente estrutura, para além da estrutura física, sob a ótica ampliada de *Donabedian*, considerando também os recursos humanos e os recursos materiais, se constituiu como um componente que influencia fortemente o cuidado na promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada no cenário da pesquisa.

5.2.1 Recursos humanos

No que se refere aos recursos humanos, pode-se ressaltar, primeiramente, aspectos relacionados ao quantitativo, como dimensionamento do pessoal de enfermagem para ofertar o cuidado às pessoas idosas hospitalizadas. Estas pessoas demandam cuidados específicos que, muitas vezes, não são levados em consideração ao dimensionar o pessoal. Na unidade pesquisada, a distribuição diária de enfermeiros e técnicos de enfermagem é realizada de acordo com o número de pacientes e suas demandas do dia, sinalizadas pela equipe do plantão anterior.

Esta demanda de cuidados de enfermagem é avaliada de maneira empírica, ou seja, a pessoa que realiza a escala de distribuição dos pacientes, leva em consideração os pacientes mais dependentes, acamados, que têm procedimentos programados para o próximo período, consideram também pacientes que estão em isolamento, dentre outras demandas; tentando equilibrá-las entre os profissionais escalados.

Não foi observada a utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para mensurar de maneira mais fidedigna e baseada em evidências tais demandas, como subsídio para realização da distribuição diária da equipe de enfermagem, o que podemos observar na prática clínica em vários outros cenários de cuidados.

O SCP pode ser entendido como a forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo dispendido no cuidado direto e indireto, bem como o quantitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente (FUGULIN; GAIDZINSKI;

KURCGANT, 2005). Levando em consideração a demanda de cuidados e o grau de dependência do paciente e não apenas o número de pessoas internadas.

Todos os SCP disponíveis na literatura consideram como pacientes de cuidados mínimos, aqueles que estão estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, e autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas; pacientes de cuidados intermediários, aqueles estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas; e os pacientes de cuidados de alta dependência, são aqueles crônicos, incluindo os de cuidados paliativos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (COFEN, 2017).

Um dos SCP disponíveis que a resolução COFEN nº 543/2017 referenda é o SCP de Fugulin (2002), que classifica a demanda de cuidados do paciente quanto ao estado mental, oxigenação, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. Cada área de cuidado é pontuada por meio de um escore e quanto maior for a pontuação obtida pelo paciente, maior é seu nível de dependência.

Assim, conforme a resolução COFEN 543/2017, para pacientes classificados como de alta dependência, deve-se ter uma proporção máxima de dois pacientes por profissional de enfermagem; para pacientes de cuidados intermediários, deve-se ter uma proporção máxima de um profissional de enfermagem para até quatro pacientes, e para pacientes classificados como de cuidados mínimos, deve-se ter uma proporção máxima de até seis pacientes por profissional de enfermagem (COFEN, 2017).

Como já descrito, na unidade lócus, a ocupação máxima é de 23 pacientes. Geralmente são escalados, durante o plantão diurno, cinco a seis técnicos de enfermagem e, na maior parte dos períodos diurnos observados durante a coleta, tinham seis técnicos de enfermagem escalados, assumindo geralmente quatro pacientes cada um. Quanto aos enfermeiros, o mínimo permitido na unidade é o quantitativo de dois enfermeiros no período diurno, porém, a maioria dos períodos diurnos observados ficavam de três a quatro enfermeiros, geralmente com sete a oito pacientes cada um, sendo que um deles, também assume a função de administrativo da unidade.

Já no período noturno, este quantitativo é reduzido, e rotineiramente são distribuídos quatro técnicos de enfermagem para os 23 pacientes, assumindo, geralmente, seis pacientes cada um, e um enfermeiro assumindo a assistência com todos os pacientes e também a função de administrativo da unidade. Em alguns poucos períodos noturnos,

são escalados cinco técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, havendo essa variação na escala.

Como a unidade lócus da pesquisa se trata de uma unidade de internação, espera-se que a demanda de cuidados dos pacientes seja de cuidados mínimos a intermediários. Considerando tal perfil, em todos os períodos diurnos, o quantitativo de profissionais de enfermagem atende tal demanda conforme a proporção preconizada. Mesmo assim, houve muitos relatos dos participantes com relação ao déficit de profissionais de enfermagem para atender as demandas da pessoa idosa hospitalizada.

Durante a observação do cuidado e análise destes relatos, pode-se observar a influência do quantitativo de pessoal na oferta do cuidado investigado, principalmente no auxílio ao encaminhamento da pessoa idosa com dificuldade de mobilização até o banheiro, e na decisão de colocação de fraldas nessas pessoas, em especial no período noturno, quando o quantitativo de pessoal é reduzido.

[...] no hospital público, acaba tendo mais dificuldade da enfermagem estar presente para aconselhar ou encaminhar esse paciente para o autocuidado, para ir ao banheiro. Às vezes, acaba realizando alguns processos como deixar uma fralda e dizer, principalmente no período da noite, que a equipe é reduzida e tem horário de descanso, faça na fralda [...] (Participante Azul).

[...] tem dois contrapontos que acabam facilitando, induzindo ele a continuar com a fralda, e deixar um pouco o uso da aparadeira de lado, boa parte desses idosos não estão acompanhados como deveriam estar; então junta com o problema da equipe de enfermagem, a questão de dimensionamento de pessoal e tudo isso acaba contribuindo para essa situação de incontinência [...] (Participante Preto).

[...] no caso do técnico, a gente não tem só aquele paciente, a gente tem vários, nossa realidade aqui é muito apertada. Então hoje em dia nossa atenção é ir lá, fazer um procedimento e sair [...] (Participante Amarelo).

[...] influencia muito os recursos humanos, da equipe, e principalmente no período noturno (Participante Laranja).

Estudo realizado com enfermeiros de reabilitação com objetivo de investigar que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento também destacou na narrativa dos profissionais a influência dos recursos humanos para o desfecho/resultado favorável ou nesta inter-relação dos componentes donabedianos. Um dos participantes faz uma metáfora relatando que “não se fazem omeletes sem ovos” reconhecendo a importância

fundamental da adequação dos recursos humanos para ofertar um cuidado de qualidade (GOMES et al., 2012).

Para além do cuidado da equipe assistencial, percebeu-se também, durante a fase de observação que o fator “acompanhante” influencia muito no estímulo do cuidado investigado. Pois as pessoas idosas com alguma restrição de mobilidade ou cognição para independência com o uso de banheiros, que tinham um acompanhante para auxiliar neste processo eram muito mais estimuladas.

Porém, observou-se que muitos acompanhantes pediam fraldas para a equipe de enfermagem, principalmente no período noturno, quando este estímulo não era observado nem pela equipe, nem pelo acompanhante. O que reflete também, a influência do estímulo e orientação da equipe nas ações de cuidado destes acompanhantes durante a internação e, principalmente, após a alta para o domicílio. Tais observações podem ser corroboradas nas seguintes falas dos profissionais:

[...] em relação ao acompanhante, nem sempre todos têm um acompanhante para ajudar, principalmente de noite, por causa de problemas sociais mesmo. Muitos idosos não têm um familiar que consiga ficar durante todos os dias e todos os turnos e horários. A gente já acompanhou muitos aqui de ficarem sozinhos durante longos períodos, e então acaba que a equipe opta por colocar uma fralda, porque não tem como está lá toda hora, principalmente no período noturno (Participante Azul).

[...] a questão dos acompanhantes estarem próximos, vai ajudar ali no processo de troca de fralda, de ofertar a aparadeira[...] (Participante Amarelo).

[...] de dia a gente fala, vamos no banheiro, tem a cadeira de rodas, tem várias opções, mas tem a opção de sair do leito; à noite não tem condições da pessoa levar. A família também não leva de noite, os acompanhantes querem dormir, muitos vão trabalhar de manhã, ou alguém vai trabalhar e prefere se ausentar daquela situação. Aí, nesse meio termo, entra o comodismo da fralda [...] (Participante Roxo).

Especificamente sobre o papel do acompanhante, é importante que as equipes tenham consciência de que eles não devem ser vistos como integrantes desta, ou mesmo como complementação do déficit do quadro de pessoal; devem, sim, estar presentes, oferecendo apoio emocional a seus entes, e sendo preparados para reproduzir os cuidados em domicílio, quando por ocasião da alta (VIEIRA; ALVAREZ; GIRONDI, 2011).

Fato observado também no cenário estudado, e ressaltado nas narrativas, foi que a presença do acompanhante ameniza a carga psicológica da pessoa idosa com algum tipo

de restrição durante a hospitalização, auxiliando no estímulo da independência e preservação das funções básicas como a continência urinária.

[...] para o idoso, a questão da presença do familiar, mesmo que não seja atuante, é muito importante no processo de hospitalização, porque ele vai se sentir confiante, então isso já é de grande importância [...] (Participante Amarelo).

[...] a gente já teve casos de idosos que tinham acompanhantes bem atuantes, eram os nossos braços direitos aqui. Pacientes idosos que tinham dificuldades de controle de esfíncter tinham no acompanhante um apoio emocional. (Participante Laranja).

Os depoimentos sinalizam que a pessoa idosa, com a presença de um ente querido ou familiar durante seu cuidado, se sente mais segura; o ambiente se torna mais familiar e o mesmo possui uma motivação maior para trabalhar sua autonomia e independência.

A ideia de trazer à tona acompanhantes na assistência de pacientes internados em hospitais tem ganhado força desde as últimas décadas, mas foi a partir do século XX, com orientações das políticas públicas de saúde, ancoradas nas concepções baseadas no Sistema Único de Saúde (SUS), que a noção de integralidade ganhou força; conceito que se refere às ações possíveis para promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e assistência aos doentes (NEVES et al., 2018).

O acompanhante passou a ser reconhecido como facilitador do restabelecimento da saúde do paciente e catalisador do processo de reabilitação, sendo capaz de manter vínculos afetivo e social, além de assegurar o suporte emocional, devido à valorização de se ter alguém no processo da dinâmica do cuidado (CABRITA; JOSÉ, 2013).

Considerando as evidências identificadas na primeira fase da pesquisa, estudo realizado em Israel objetivando investigar os fatores que influenciam o uso de fraldas, aparadeiras, urinóis ou o estímulo para a auto higiene com uso de banheiros em pacientes hospitalizados, revelou que ao associar o fator da presença de cuidadores informais (tipicamente membros da família), como fator protetor para realização deste cuidado, ou seja, no estímulo ao uso de alternativas de dispositivos móveis de controle urinário ou encaminhamento para auto higiene no banheiro em detrimento do uso de fraldas, este fator protetor da presença do acompanhante não teve associação estatística significativa (ZISBERG, 2011).

Corroborando o fato de que depende muito do estímulo e da orientação da equipe para com este familiar, para que ocorra ou não a motivação do uso destes dispositivos, e do encaminhamento do paciente ao banheiro, e não apenas da mera presença deste

acompanhante. Se configurando, portanto, como uma importante demanda de cuidado da equipe de enfermagem, intervenções educativas e de orientação com o acompanhante/familiar da pessoa idosa, para a importância deste estímulo durante a hospitalização e no domicílio, após a alta.

Quanto à da escassez de pessoal e dimensionamento da equipe de enfermagem, neste mesmo estudo supracitado, este fator se constituiu como um fator estatisticamente significativo para a decisão de colocação ou não destes dispositivos em pessoas idosas com restrição de mobilidade, dado semelhante encontrado em um estudo realizado na Itália (PALESE et al., 2007) com este mesmo objeto de investigação.

Ainda com relação aos recursos humanos, para além do quantitativo de pessoal, outro fator observado, com forte influência neste cuidado, foi o conhecimento e reconhecimento destes profissionais com relação ao problema IU, atributo relacionado ao qualitativo dos recursos humanos. Durante os encontros de GF, muitos demonstraram déficit de conhecimento com relação ao processo de envelhecimento e a IU, estando em consonância com o senso comum que diz que a IU é algo esperado na pessoa idosa, e não se pode intervir neste fato. Como pode ser observado nas falas a seguir:

[...] acho que a IU tem muito a ver com o próprio processo de envelhecimento, é muito comum ver pessoas idosas tendo esse problema, mesmo aquelas pessoas que não estão hospitalizadas, principalmente secundário a uma outra doença [...] (Participante Azul).

[...] a gente acaba também associando à idade, o fato de ser idoso então já se subentende que tenha esse relaxamento do esfíncter e, às vezes, a gente acha que é normal. (Participante Verde).

No que se refere ao controle e gestão da IU, resultado semelhante foi identificado em um estudo realizado na Suécia que descreveu o conhecimento e a prática da equipe de enfermagem e de reabilitação, sobre o manejo desta, e o risco do seu desenvolvimento em pacientes idosos, submetidos à cirurgia do quadril. Após 45 entrevistas e 36 observações de cuidado, os dados apontaram que os enfermeiros e profissionais de reabilitação não percebiam a gestão da IU como parte de seu dever de atendimento; mostrando déficits de conhecimento e conceitos errôneos sobre o envelhecimento e as perspectivas de tratamento e prevenção da IU (NYMAN et al., 2017). Vale ressaltar que o perfil de formação destes profissionais foi de enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que atendiam idosos em pós operatório de cirurgia de quadril, situação que demanda alta restrição de mobilidade, importante fator de risco para IU como já descrito anteriormente.

A maioria dos profissionais entrevistados na pesquisa de Nyman et al (2017), apontaram a IU das pessoas idosas internadas como uma condição pré-existente, conseqüente da idade avançada. Sendo assim, o uso de fraldas foi estabelecido sem qualquer avaliação prévia. Dadas essas crenças, analisavam que a situação de continência dessas pessoas não seria alterada por ações durante a internação hospitalar; dados semelhantes aos encontrados em outras investigações relacionadas ao tema (BITENCOURT et al., 2018; ZÜRCHER; SAXER; SCHWENDIMANN, 2011). O que foi observado também no cenário pesquisado e confirmado por meio das narrativas dos profissionais.

Calnan et al. (2013, p.482) apontam evidências para um problema estratégico fundamental em instituições de cuidados hospitalares: "que eles não parecem estar trabalhando para o seu grande grupo de clientes, os idosos". Estas evidências revelam que as atuais configurações agudas são inadequadamente projetadas e não conduzem a terapêutica voltada para aquelas pessoas com deficiência cognitiva ou incapacidade funcional, muitas vezes, criando incapacidades desnecessárias ou agravando aquelas já existentes (BORBASI et al., 2006).

Durante as discussões de GF, muitos profissionais atribuíram este déficit de conhecimento e reconhecimento do problema da IU na pessoa idosa, ao seu processo de formação. Como referido na literatura, poucos são os cursos de formação de profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem que abordam o tema e as intervenções que podem ser adotadas diante do problema (SANTOS, 2016; SILVA; D'ELBOUX, 2012). As narrativas dos profissionais, revelaram ainda que a ausência de reconhecimento e a subnotificação do problema, se deve ao fato do foco hospitalar se centrar na condição aguda que trouxe a pessoa ao internamento, o que deixa passar despercebidas condições secundárias como a IU. Como observa-se a seguir:

[...] acredito também na formação do enfermeiro, pelo menos na minha, eu nunca, que eu lembre, tive aula relativa a cuidados de enfermagem para incontinência. Totalmente desconheço o que a gente possa fazer no cuidado específico, que faça com que aquela pessoa retorne a sua continência. (Participante Azul)

[...] eu estava aqui pensando sobre incontinência e a primeira coisa que veio foi usar fralda. Então, isso mostra o quão não estamos focados nisso. Nosso enfoque está baseado mesmo na continência, a incontinência passa despercebida e não deixa de ser um problema de enfermagem. [...] quando você pergunta da diurese e ele fala que não fez, você fica, por que? E tenta

investigar, identificar o problema, mas quando ele fala que fez, está tudo certo, não existe problema (Participante Preto).

[...] por conta do foco do hospital, de uma forma geral, a gente acaba não abordando estes problemas secundários, eu acho que o paciente veio ao hospital, a fim de se tratar, mas se no processo de tratamento, for identificado outro problema, ele também seria digno de tratamento, mas normalmente ele é deixado de lado [...]. Pode ser que os pacientes façam um procedimento, saiam daqui incontinentes, ou desregulados nessa função e não seja abordado e isso perdure, então não é tratado como uma condição, eu acho que por isso que não é visto como um problema [...] (Participante Marrom).

Partindo do princípio de que o processo de enfermagem é operacionalizado pela sistematização da assistência de enfermagem (SAE), e que possui como primeira etapa, o levantamento de problemas, pode-se considerar o fato de que, a partir do momento em que a IU da pessoa idosa não é reconhecida como um problema de enfermagem, não são planejadas, executadas e avaliadas intervenções que possam reverter a situação.

Considerando as evidências científicas, estudo realizado na França, que teve como objetivo investigar a prevalência de IU em idosos admitidos num serviço universitário de atendimento geriátrico, e avaliar o nível de envolvimento do profissional enfermeiro com relação ao problema, através da sua presença nos registros de enfermagem, diagnósticos, prescrições e intervenções; revelou que a prevalência de incontinência urinária foi de 72%, sendo que dos diagnósticos de enfermagem analisados, apenas 1,4% estavam relacionados ao problema. Em 54% dos casos havia pelo menos uma prescrição de enfermagem relacionada e, em 72% dos casos haviam intervenções de enfermagem registradas com relação ao problema, porém, a grande maioria das intervenções eram paliativas, indicando a colocação de fraldas geriátricas (REGAT-BIKOÏ; VUAGNAT; MORIN, 2013).

Outro estudo realizado em Portugal em que um dos objetivos foi explorar os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros com relação às quatro síndromes geriátricas mais comuns nos hospitais portugueses, sendo uma delas a IU, revelou que, dos escores de conhecimento dos enfermeiros quanto às síndromes geriátricas investigadas, os mais baixos foram os relacionados à IU. O que também levou a menores índices de intervenções de enfermagem relacionadas à IU, sendo que, destas intervenções só se incluíam intervenções paliativas como a colocação de fraldas geriátricas (TAVARES et al., 2015).

Cave et al. (2017), em uma revisão integrativa da literatura, constatou que, para além das estratégias de intervenções paliativas, deve-se investir e incorporar na assistência de enfermagem, as intervenções conservadoras e não invasivas, como a terapia comportamental, além do rastreio, identificação de risco e notificação do problema por meio dos registros de enfermagem.

Na prática clínica hospitalar, pouco são valorizadas as intervenções de cuidado relacionadas às tecnologias leves, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer a lógica do 'trabalho morto', aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados (MERHY, 1997).

A interação enfermeiro-paciente é um dos fatores que favorece a ação terapêutica. Esse processo de interação ocorre através do diálogo, da conversa, da escuta sensível; e, a partir desse processo, o profissional enfermeiro utiliza suas habilidades e seus conhecimentos para a identificação dos problemas e das necessidades do paciente (FERREIRA et al., 2002), o que viabiliza a construção de um plano de cuidados individualizado e centrado na pessoa e não focado apenas no problema que o levou ao internamento, mas na ampliação do olhar para as todas as necessidades de cuidado deste indivíduo.

Ainda assim, mesmo com políticas de saúde e evidências científicas que fortalecem esta necessidade, destaca-se a formação e atuação dos profissionais de saúde calcada no modelo biomédico de assistência, cuja influência encontra-se alicerçada no paradigma cartesiano, segundo o qual o homem é concebido como um sistema mecanizado, de partes estanques e distintas, em que muitas vezes o foco do cuidado volta-se apenas para a condição subjacente ao internamento (CAPRA, 1982), passando despercebidas condições secundárias como a IU.

Ressalta-se assim, nas falas dos profissionais e na observação realizada no cenário, o déficit de conhecimento destes profissionais de enfermagem e a falta da incorporação destas intervenções conservadoras e não invasivas para melhora ou prevenção da IU da pessoa idosa que poderiam fazer parte da rotina assistencial. Outro fator relevante ilustrado nas falas é o reconhecimento visível dos participantes de que ações diante do problema IU se restringem às outras categorias profissionais e não à enfermagem.

[...] ouvir falar dessas intervenções eu já ouvi, mas não é uma cultura nossa. A gente repassar, fazer essas orientações para o paciente, às vezes é velado essa questão da incontinência também, é um ou outro que a gente identifica, às vezes passa despercebido (Participante Laranja).

[...] existem exercícios que podem ser estimulados, mas agora é a hora de colocar na conta do outro, seria uma abordagem da fisioterapia, eu acho que foge da minha alçada do enfermeiro. A questão da ajuda do controle do esfíncter, um estímulo maior, então existe esse mecanismo, mas nas mãos da enfermagem mesmo eu desconheço [...] (Participante Preto).

[...] também já ouvi falar, mas eu nunca fui treinado, nunca assisti nenhuma aula relacionada a isso e também nunca busquei na literatura como seria, acho que é uma deficiência mesmo (Participante Azul).

[...] eu acho assim, nós da enfermagem que estamos mais perto do paciente, podemos acionar o médico, e ver um ultrassom, enfim, exames de imagem, laboratoriais pra ver se foi devido ao uso da sonda, depois da retirada, se lesionou algo, ou a bexiga, ocasionando aquele fato de ter desenvolvido aquela incontinência, enfim, eu acho que realmente nós não temos respaldo antes de um respaldo médico de como agir [...] eu acho que envolver a nutrição seria uma boa também, de fazer um trabalho para equilibrar a ingesta hídrica e os alimentos também [...] (Participante Rosa).

Muitos profissionais de enfermagem não tiveram formação (de base ou especializada) em cuidados a pessoas idosas e não entendem a extensão das suas necessidades. Porém, cabe às instituições a educação/formação permanente dos profissionais para atender às demandas e lacunas de conhecimentos que surgem para alcançar a qualidade dos cuidados em saúde.

Para dar respostas às transformações ocorridas no mundo do trabalho, a educação permanente deve ser considerada como uma estratégia para a qualificação dos trabalhadores e representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação, supõe a inversão da lógica do processo, incorporando o aprendizado à vida cotidiana das organizações (JESUS et al., 2011). Evidencia-se a importância do aperfeiçoamento, da atualização e da atitude crítica e reflexiva das situações vivenciadas na área da promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Desenvolver pessoas não é apenas dar informação para que aprendam novos conhecimentos, habilidades e atitudes e se tornem mais eficientes naquilo que fazem. É, sobretudo, proporcionar a formação

básica para que aprendam novas atitudes, soluções, ideias, conceitos, modifiquem hábitos e comportamentos e se tornem mais eficazes naquilo que fazem (JESUS et al., 2011).

5.2.2 Recursos materiais

Ainda relacionado ao pilar estrutura, outro atributo observado foram os recursos materiais necessários para a oferta do cuidado na promoção da continência urinária dessas pessoas idosas. Evidenciou-se um déficit quanto à quantidade e qualidade de alguns destes recursos na unidade que influenciam diretamente no processo desse cuidado. Materiais como cadeiras de rodas, cadeiras higiênicas, bombas de infusão e suportes de soro pesados se constituem como recursos materiais observados e descritos também nas narrativas dos profissionais, com necessidade de manutenção ou adaptação dos mesmos para auxílio ao encaminhamento da pessoa idosa até o banheiro.

[...] depende também de ter cadeira, que muitas vezes no período mesmo de banho, é muito difícil a gente ter cadeira livre [...] nem num espaço grande dá para manobrar aquela cadeira de rodas, no banheiro é pior ainda. O banheiro tem um degrauzinho para separar a parte de tomar banho e a parte de fora, pra não molhar tudo, e isso é um empecilho [...] ainda mais com as rodas sempre com defeitos como as cadeiras ficam (Participante Verde).

[...] seria mesmo a disponibilidade, porque às vezes a gente tem uma cadeira ou duas, só que às vezes a gente não tem, porque todas estão sendo utilizadas no momento. Depois tem que esperar higienizar e tal, isso tudo leva um tempo[...] (Participante Amarelo).

[...] a gente tem essa dificuldade, e também temos a dificuldade na manutenção do que já possuímos, as cadeiras para banho de aspersão, elas não têm a manutenção adequada, as rodas estão travadas, e não tem descanso para os pés[...] (Participante Marrom).

[...] nos suportes das bombas de infusão não têm rodinhas e os que têm, as rodinhas não funcionam, aí não dá nem para ter essa opção de levar a bomba facilmente para o banheiro [...] é muito perceptível, o paciente não quer ir até o banheiro porque está ali preso com aquela medicação [...] (Participante Verde).

Realidade semelhante foi identificada em um estudo de caso também avaliando a estrutura, realizado por Barela et al. (2015), em que foram analisados 50 quartos hospitalares, sendo 14 no período da manhã, 18 à tarde e 18 à noite, objetivando avaliar fatores da estrutura que favoreciam ao risco de quedas de idosos, foram encontrados os seguintes problemas estruturais: apenas 39% das camas encontravam-se devidamente travadas; para pacientes que necessitavam de uso de comadres ou papagaios para

desprezar suas necessidades, apenas 39% estavam com tais objetos próximos às suas respectivas camas; para os paciente que conseguiam deambular, apenas 56% dos leitos tinham escada de apoio de fácil visualização; aos que conseguiam ir ao banheiro, em 100% dos casos estes apresentavam pisos antiderrapantes, porém, mesmo assim, 56% dos banheiros encontravam-se escorregadios por apresentarem água em seu piso.

Ademais, neste mesmo estudo, os autores ressaltam que durante a avaliação ambiental do quarto hospitalar, 59% destes não apresentavam campainhas próximas ao leito do paciente, em 49% dos quartos, o ambiente possuía móveis em excesso; em 28% a iluminação encontrada era inadequada (considerando os três períodos do dia em que a avaliação foi realizada); isolando o período noturno, apenas 50% dos quartos estavam devidamente iluminados (BARELA et al., 2015). Mostrando assim, a importância de se atentar para o macroprocesso assistencial, para além da avaliação do cuidado em si, mas considerando também o ambiente que o cerca e a disponibilidade dos recursos necessários para que o profissional possa ofertar o cuidado, principalmente considerando a vulnerabilidade e fragilidade intrínsecas da pessoa idosa.

Quanto à disponibilidade dos materiais de controle urinário manuais como aparadeiras e urinóis, para aqueles pacientes restritos ao leito, também foi observado um déficit na quantidade, qualidade e higienização destes, influenciando e dificultando o estímulo do seu uso em detrimento da fralda geriátrica. Fato ilustrado também nas narrativas a seguir:

[...] esses recursos materiais acho que é um fator que contribui, como ele falou dos papagaios e aparadeiras a gente não tem número suficiente [...] (Participante Laranja).

[...] as aparadeiras, muitas delas amassadas, em aspectos visuais ruins, então quem que usaria? Muita gente não usa um banheiro, imagina uma aparadeira, a gente tem essa dificuldade[...] (Participante Marrom).

[...] a falta desses materiais e equipamentos vão dificultar sim tirar a fralda do paciente. Muitas vezes eles têm receio porque a aparadeira, às vezes não sabem como foi limpa. E acho que a disponibilidade desse material seria também um custo, mas iria reduzir o custo e desperdício de fralda que é importante também [...] (Participante Amarelo).

[...] geralmente o familiar ou a paciente pede: “ tem como trocar a aparadeira, que já tem tanto tempo aqui” [...]. Não tem um lugar determinado para armazenar essa aparadeira; para desprezar a diurese, é no próprio banheiro do paciente, a

higienização é feita naquele momento ali; o paciente fez a diurese, descarta, a higienização é feita pelo acompanhante ou a gente mesmo[...] guardamos onde conseguimos ali, aí ela pede de novo, mas geralmente é o próprio acompanhante que tem esse cuidado com a aparadeira [...] não tem nem um saco, se a gente pelo menos desse um saco e ela pudesse guardar ali pelo menos em algum lugar que não fosse contaminado[...] (Participante Verde).

Fica evidente nos depoimentos que o profissional de enfermagem considera o ambiente e os recursos disponíveis neste ambiente como condição essencial para o cuidado e atenção individualizada e oportuna à pessoa idosa hospitalizada, mas que ficam prejudicadas pela deficiência de planejamento ambiental, estrutura física e disponibilidade de alguns recursos (NASCIMENTO et al., 2015).

Ao contrário do que acontece em outros setores já sensibilizados para as necessidades peculiares, como são a pediatria, a gineco-obstetrícia e mais recentemente para pessoas com obesidade mórbida, poucos são os hospitais que disponibilizam espaços e recursos materiais destinados exclusivamente às pessoas idosas. A ambiência hospitalar para estas pessoas é apontada como frágil para o cuidado dessa população. Essa realidade concretiza que, de fato, inexistente a percepção sobre as necessidades particulares da pessoa idosa no ambiente hospitalar (NASCIMENTO et al., 2015).

Ainda considerando os recursos materiais, foi observado também um déficit de materiais que proporcionam privacidade para a pessoa idosa no momento das eliminações. As enfermarias são compartilhadas e os leitos não possuem divisórias ou cortinas, sendo assim, materiais como biombos, além das próprias portas de algumas enfermarias, que não travam, surgiram como fatores que também influenciam no processo da independência com o uso de banheiros, aparadeiras e urinóis pela pessoa idosa. Fatores ressaltados nas falas a seguir:

[...] biombo é uma coisa que a gente só tem um para enfermaria toda. E as portas também que não fecham direito, na maioria das vezes a gente está fazendo um procedimento, deixa fechada, aí bate um vento e abre, a gente tem esse processo que dificulta [...] (Participante Amarelo).

[...] biombo, não tem o suficiente. A gente vai trocar o paciente, pede para o acompanhante sair e fecha a porta, a gente só tem a porta para proteger, não tem nada que divide os leitos[...] (Participante Vermelho).

[...] a porta do banheiro fecha, mas a porta das enfermarias não, de tanto que o vento bate, elas não travam, ou a trava está quebrada e não segura [...] (Participante Laranja).

[...] se tivesse aquelas cortinas que dividem os leitos, seria ótimo[...] na hora que quiser privacidade, você puxa aquela cortina e pronto, ia ser muito bom [...] (Participante Cinza).

Com base nos depoimentos, torna-se perceptível a influência desses aspectos na promoção da continência urinária da pessoa idosa. Em situações especiais, nas quais a deambulação até o banheiro se torna mais difícil, a aparadeira, ou o papagaio, deve sempre estar ao alcance do idoso e ele deve ser ensinado e estimulado a usá-los. Para tanto, a garantia de privacidade deve ser seriamente avaliada, pois a presença de outros pacientes no quarto, bem como de profissionais da saúde e de acompanhantes pode inibir a micção espontânea, sobretudo por constrangimento e vergonha (LOCKS; SANTOS, 2016).

Um estudo que investigou a percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital, revelou que o banheiro, seria o elemento para o qual alguns pacientes alertaram, ter sua privacidade invadida, sobretudo quando o estão ocupando. Em geral, os pacientes são orientados a não trancar a porta do banheiro quando lá estão pela possibilidade de sentirem-se mal, facilitando o acesso da equipe caso necessário. Contudo, com frequência são interrompidos e sua privacidade é infringida (PUPULIM; SAWADA, 2012).

O controle do espaço físico é crucial para o bem-estar físico e psicológico de todas as pessoas, principalmente no ambiente hospitalar onde o trânsito de pessoas é constante por se tratar de um local público, mas que implica doença. Alerta-se que a invasão desnecessária desse espaço pela equipe de saúde, ou outras pessoas, é inadequada (WOOGARA, 2005). Para evitar tais situações, a equipe de saúde deve estar atenta também ao uso destes recursos materiais que proporcionam privacidade para a pessoa idosa e as organizações hospitalares para a importância da disponibilidade destes recursos a fim de viabilizar este cuidado da equipe.

5.2.3 Estrutura física

Com relação à estrutura física em si, foi observada e retratada nas narrativas dos profissionais a influência de fatores como a iluminação adequada para segurança da pessoa idosa no trajeto até o banheiro e a estrutura ergonômica dos próprios banheiros. Além disso, muitos relataram que a higienização e o odor dos banheiros também se configuram como fatores relevantes ao estímulo do seu uso pela pessoa idosa hospitalizada.

[...] eu acho que a questão da iluminação, tem esse fator do quarto ser compartilhado, nesse sentido, de não querer incomodar os outros pacientes do mesmo quarto e acender uma luz, uma vez que não tem a luz de cabeceira individualizada, por não querer atrapalhar o sono do outro, eles acabam fazendo no leito a ter que ir no banheiro [...] (Participante Azul).

[...] acho que aqui deveria ter aquelas lâmpadas sinalizadoras que funciona através de sensor, tinha que ter aquilo, porque para acender a luz o paciente tem que atravessar o quarto. Fica muito complicado eles levantarem para ir até o banheiro e acender essa luz [...] (Participante Vermelho).

[...] A gente tem dificuldade também na estrutura do banheiro, ele não tem uma ergonomia, nem para o paciente utilizar, nem para que a gente faça auxílio, existem batentes, existem paredes mais estreitas do que a capacidade da cadeira, o paciente entra muito justo, não tem nem possibilidade de manobrar a cadeira. Alguns banheiros são muito estreitos, a área do vaso, praticamente só cabe a cadeira [...] (Participante Marrom).

[...] temos que atentar para os banheiros também, que às vezes, o paciente mesmo diz: “não limpam hoje esse banheiro”. Então às vezes essa parte do higiênico, do limpar, que às vezes na instituição pública a gente não acha isso toda hora [...] (Participante Roxo).

Florence Nightingale reconheceu a importância do ambiente físico quando escreveu: “por pouco que saibamos sobre o modo como somos afetados pela forma, pela cor, pela luz, sabemos que têm um efeito físico” (WALLER, 2012, p. 16). Houve um progresso nos últimos anos no desenvolvimento de ambientes que maximizam a capacidade funcional para pessoas com algum tipo de restrição cognitiva, como pessoas idosas com demência, bem como a capacidade de se estabelecer no ambiente com segurança e eficácia (BIERNACKI, 2007).

São ambientes adaptados considerados como favoráveis à promoção da capacidade do paciente de manter ou recuperar a continência, reduzindo o impacto das dificuldades que o prejuízo cognitivo pode impor (NAZARKO, 2013). Tais ambientes proporcionam facilidade de orientação, identificação clara da finalidade dos quartos e promovem uma sensação de onde o paciente está; com isso, os pacientes podem acessar banheiros e ajudas independentemente aumentando a sua probabilidade de continência (BIERNACKI, 2007).

Estudiosos no tema relatam que os hospitais gerais são muitas vezes concebidos de uma forma que torna as pessoas idosas ainda mais confusas e vulneráveis a incidentes

adversos, o que tem o potencial de aumentar a sua estadia e até mesmo torná-los menos capazes de retornar à sua capacidade funcional anterior após a alta hospitalar (CLATWORTHY, 2012).

Há evidências de que se o ambiente de atenção hospitalar em si é bem concebido, ele tem o potencial para compensar deficiências como visão, audição, mobilidade, memória, raciocínio, aprendizagem e problemas perceptuais que facilitam as restrições das pessoas idosas (MARSHALL, 2012). O desenvolvimento de um ambiente agudo ou subagudo favorável deve incluir a revisão e consideração de corredores, pisos, portas, móveis, banheiros, eletrodomésticos, sinalização, iluminação, som, contraste de cor e tom, acessibilidade, orientação e estações de enfermagem (TROPEA et al., 2017; CLATWORTHY, 2012; MARSHALL, 2012; NAZARKO, 2013).

A partir deste conceito, recomenda-se que as portas dos sanitários devem ser deixadas abertas sempre que possível e as ajudas de continência manuais como aparadeiras e urinóis devem ser deixadas próximas dos pacientes quanto possível para permitir que estes as identifiquem independentemente e posteriormente aumentem a probabilidade de seu uso independente (TROPEA et al., 2017).

Ressalta-se que, ao englobar o modelo conteitual de *Donabedian* (1980) e analisar a estrutura para além apenas da estrutura física, é possível identificar problemas e déficits no cenário que estão acima da governabilidade da equipe de saúde, e que demandam custos para sua resolução. Porém ao identificar determinadas fragilidades, pode-se orientar a prioridade de custos, alertar e sensibilizar autoridades e adequar as necessidades demandadas para a realidade com vistas à minimização do problema.

5.3 A CULTURA DO USO DE DISPOSITIVOS DE CONTROLE URINÁRIO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Correlacionando o componente processo, aquele inerente ao cuidado em si, quando *Donabedian* resgata o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados pela equipe, foi observado e ressaltado também nas narrativas dos profissionais, corroborando dados da literatura, que as ações de cuidado mais operacionalizadas pela equipe de enfermagem do cenário estudado que podem ocasionar IU nas pessoas idosas, foram a colocação de dispositivos como a fralda geriátrica, seguida da instalação dos cateteres vesicais permanentes.

Evidências científicas revelam que estes dispositivos, quando instalados em pessoas idosas previamente continentas durante a internação, representam uma alteração direta nas estratégias habituais de micção, podendo afetar o estado de continência

(ZISBERG et al., 2011). A presença de incontinência pode estabelecer um ciclo indeterminado de causalidade, ou seja, a incontinência determina a necessidade do uso de fraldas, do mesmo modo que o uso de fraldas na pessoa idosa com eliminação espontânea preservada pode levar à incontinência, isto pela falta de estímulo no controle das eliminações e, portanto, um ciclo vicioso (ZISBERG et al., 2011).

Tal fator ressalta a importância de critérios para a utilização destes dispositivos na prática clínica, principalmente em públicos de maior risco, como as pessoas idosas. O referido ciclo vicioso de causalidade da IU pelo uso de fraldas, foi ressaltado e reconhecido por alguns participantes do estudo, como ilustrado nas seguintes falas:

[...] quando a pessoa não está usando fralda, ela sabe que se ela não conter um pouco a vontade de urinar, ela vai conseguir armazenar na bexiga uma quantidade significativa de urina, mas se ela tem a fralda como artifício de suporte, ela pode esvaziar toda vez que vem uma leve vontade, então ela termina deseducando a musculatura que já estava acostumada a fazer uma retenção biológica para que eliminasse em tempos oportunos [...] (Participante Marrom).

[...] mesmo o idoso que fazia xixi direitinho, passou vinte, trinta, sessenta dias internado e passou a ter uma certa incontinência urinária que geralmente ela é parcial, ela não é total, esse paciente que usa fralda, que é incontinente que não consegue sair da fralda, é um vício, ele tem um empobrecimento da musculatura dos esfíncteres, uma falta desse estímulo, por ter ficado com a fralda [...] (Participante Cinza).

Relacionado à esta problemática, como observado na pesquisa em tela, estudo realizado em Israel revelou que o fator “mobilidade prejudicada” é um poderoso preditor para o uso de dispositivos como as fraldas geriátricas, mais do que todos os outros fatores de risco investigados na pesquisa, incluindo status cognitivo e funcional, status de continência, idade e gravidade da doença. Além do fator mobilidade prejudicada, surgiram como fatores significativos o sexo feminino e o uso anterior de fraldas em outros internamentos (ZISBERG, 2011).

Estudo realizado na Itália revelou outro resultado; que os principais fatores para a colocação ou não de fraldas foram o estado cognitivo e funcional, a complexidade da condição de saúde do paciente e fatores ambientais, como estruturas e distância dos banheiros das enfermarias (PALESE et al., 2007). A diferença quanto ao procedimento de coleta de dados destes estudos é que foram utilizados relatos dos enfermeiros no estudo realizado na Itália e no estudo anterior realizado em Israel (ZISBERG, 2011), foram

considerados auto-relatos de pacientes, quanto aos fatores que eles consideravam influenciar estas ações da equipe, ressaltando que todas as medidas de associação, foram validadas quanto à significância estatística em ambas investigações.

Quanto a estas pessoas idosas com mobilidade prejudicada no cenário estudado, foi observado, na rotina de cuidados, e ressaltado nas narrativas dos profissionais, que pouco se estimula quanto ao uso de outras estratégias de controle urinário, como as estratégias de auxílio manual (aparadeiras ou urinóis), principalmente as aparadeiras em mulheres idosas e a ajuda para mobilização destas pessoas com dificuldade até ao banheiro. Fato ressaltado nas falas a seguir:

[...] o paciente coloca assim “eu prefiro no leito”, eu acho que eu também faria isso, do que ir no banheiro, aquele banheiro que muitas vezes está sujo, aquela aparadeira que não é muito de confiança do que uma fralda que eu desprezo no lixo que é algo descartável, então o descartável leva à questão da comodidade também, é prático, então é melhor do que ter o trabalho de levantar, e ir no banheiro [...] (Participante Roxo).

[...] eu acho que a mobilidade prejudicada é o principal fator, porque principalmente no período da noite, às vezes o idoso não quer incomodar o acompanhante para poder ir ao banheiro; aí ele tenta segurar, mas acaba não conseguindo, ou então pede uma fralda para à noite não incomodar, eles mesmos não querem incomodar para pedir a aparadeira [...] (Participante Azul).

[...] a didática do hospital visa muito a minimização de trabalho, a otimização da nossa ação, então é melhor que a paciente fique usando a fralda, sendo bem lógico, é melhor que ela continue usando a fralda do que ela fique me chamando de quinze em quinze minutos ou de dez em dez minutos para poder colocar uma aparadeira para ela fazer um pouco de xixi, então assim, a gente usa esse artifício, que é a fralda para que ela no momento de necessidade faça a liberação [...] (Participante Marrom).

Fica evidente mais uma vez, o não reconhecimento da importância desse estímulo para a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa por parte da equipe. Sendo de extrema importância o processo de sensibilização dos atores para mudança de atitude e operacionalização de uma cultura de promoção da independência da pessoa idosa, tanto com a equipe, quanto com os próprios pacientes e acompanhantes.

Estudo publicado no Brasil que analisou a prática do uso de fraldas em adultos e idosos no cenário hospitalar revelou que dos 105 participantes em uso de fralda geriátrica, 38% não apresentavam motivos para o uso, ou seja, não possuíam restrição motora, cognitiva ou urinária. Além disso, na entrevista, citaram que a indicação seguia a rotina

institucional, revelando supostamente ausência de critérios de avaliação para colocação desse dispositivo (BITENCOURT et al., 2018).

Essa conduta pode aumentar a dependência, a perda de autonomia e do poder decisório da pessoa idosa sobre seu próprio corpo e cuidado, além de fragilizar o exercício profissional da equipe de saúde ao expor a prática assistemática do uso desse dispositivo no cenário hospitalar, expondo os pacientes a riscos e complicações (BITENCOURT et al., 2018).

Uma investigação que identificou a frequência, causas e prevenção de incapacidades adquiridas no processo do cuidado de pessoas acima de 75 anos hospitalizadas, encontrou, em um total de 503 idosos, 60 casos de incapacidades iatrogênicas preveníveis, das quais 49% estavam associadas ao uso indevido de fraldas e 30,6% à cateterização urinária transuretral, que promoveram IU nessas pessoas. Na maioria dos casos, os cateteres urinários foram usados ou mantidos sem indicação clínica apropriada, e as fraldas colocadas em pacientes que poderiam ser encaminhados ao banheiro ou estimulados quanto ao uso de urinóis ou aparadeiras no leito (SOURDET et al., 2015).

Outro estudo realizado na Austrália, em que um dos objetivos foi investigar o status de continência de pessoas idosas que utilizavam dispositivos como fraldas e cateter vesical permanente, revelou que 41% da amostra investigada era continente, sendo assim, estas pessoas poderiam ser estimuladas para o uso de outras estratégias de controle urinário, ou seja, estratégias que priorizam a preservação da capacidade funcional da pessoa idosa de reter urina (OSTASZKIEWICZ; O'CONNELL; MILLAR, 2008).

Outro poderoso fator que surgiu na observação e nos depoimentos dos participantes, foi a influência do processo de colocação da aparadeira na mulher idosa para o estímulo do uso indiscriminado da fralda geriátrica nestas pessoas, trazendo também para este diálogo, uma forte questão de gênero. Como pontuado nas narrativas a seguir:

[...] para homem eu acredito que seja mais fácil ajudar nesse processo, porque é mais fácil usar o urinol. Já pra mulher, acredito que tenha mais dificuldade de utilizar algum método estratégico diferente da fralda, para aquela que está acamada [...] (Participante Azul).

[...] quando o paciente é acamado, a fralda é uma coisa que vai entrar, principalmente quando é mulher, o gênero nisso conta muito; porque a mulher ela não tem normalmente resistência ao

uso da fralda, é muito raro você ver uma mulher acamada aqui, que não esteja de fralda. Talvez por essa cultura de ser mãe, do uso da fralda fazer parte de algumas fases da vida, ela não tem tanta resistência, se você chegar uma senhora que não está precisando da fralda literalmente, podia usar aparadeira, e oferecer a fralda, normalmente elas aceitam, os homens têm mais resistência[...] (Participante Cinza).

[...] eu percebo que os pacientes homens têm uma facilidade maior, porque até mesmo os que têm dificuldade na mobilidade, sempre tem um urinol ali do lado e na cama mesmo já faz, já despreza a diurese, então é mais facilitado. Para a mulher, há uma dificuldade no uso da aparadeira, eu mesma não me sinto confortável para colocar, às vezes eu acho que vai sair da direção, que não vai dar certo, que vai molhar tudo [...] (Participante Verde).

[...] algumas pacientes pedem o uso da fralda, às vezes para cobrir a intimidade e não ficarem expostas. Às vezes, para substituir calcinha, no caso de muitas mulheres[...] (Participante Marrom).

[...] a questão da roupa, até o padrão da roupa favorece que a mulher use fralda, porque o homem tem aquele short né, e para ela vem aquela camisola, que ela fica desprotegida embaixo e tem que botar a fralda [...] (Participante Roxo).

Conforme os relatos, observa-se que pela anatomia da mulher e maior dificuldade de colocação da aparadeira/comadre, sempre sendo necessário o auxílio de alguém para tal, diferente do urinol no homem, o uso indiscriminado de fralda é maior na mulher idosa. Além da dificuldade de colocação da aparadeira, foi levantado também o fator da maior aceitação do uso da fralda geriátrica pela mulher idosa e o próprio padrão da roupa feminina no hospital, que predispõe o estímulo do uso da fralda nessas pessoas mesmo com o status de continência mantido. Este fato torna-se relevante, pois as pacientes idosas do sexo feminino, são as que possuem maior risco de desenvolver a IU, devido a fatores fisiológicos e à multiparidade (SANTOS, 2016; ZISBERG, 2011). Sendo a população de maior risco, deveria ser a menos exposta a este fator, o que não ocorre na prática clínica.

Outro fator observado no cuidado à pessoa idosa hospitalizada e ressaltado pelos participantes como de grande influência na promoção da continência urinária de pessoas idosas e na colocação de fraldas geriátricas, foi o fator psicológico, o subjetivo, dessas pessoas se encontrarem em um ambiente estranho, tendo resistência em utilizar um banheiro estranho, em se expor para o profissional de saúde ou familiar no momento de colocação de uma aparadeira ou urinol, se restringindo ao uso da fralda devido a este

pudor, até mesmo por insegurança e medo de molhar-se, o que deve ser trabalhado pela equipe assistencial com este público. Como relatado a seguir:

[...] a questão do próprio ambiente hospitalar não ser aquele ambiente habitual, então acaba muitas vezes fazendo incontinência inicialmente porque eles não têm o hábito ou acreditam que aquele banheiro ou aquela aparadeira é sujo, às vezes ele tem nojo e às vezes não consegue de fato fazer [...] (Participante Azul).

[...] o idoso que muitas vezes nunca foi internado, de repente se encontra em um ambiente hospitalar e estranho. A gente sabe que os esfíncteres são ligados ao nosso psicológico, então o idoso tem muito que se trabalhar bem o psicológico dele para entender o processo de hospitalização para que ele mantenha as funções fisiológicas dele sob controle [...] (Participante Amarelo).

[...] um dos problemas que eu imagino é o medo, o subjetivo do próprio paciente (Participante Laranja).

[...] tem idoso que prefere, pela questão até da intimidade dele, a questão até que ele se sente mais seguro em fazer na fralda porque não tem que tá abrindo ele toda hora, com o familiar talvez até não, mas a gente como profissional ele se sente constrangido, não se sente tão à vontade, então começa a dizer: “eu prefiro fazer na fralda” [...] (Participante Roxo).

[...] a questão do pudor em si, o fato de não estar aberto à outra pessoa, isso é muito característico principalmente dos idosos, porque é uma outra geração. Então obviamente isso induz ele, a dizer, não, deixa aqui, pode deixar na fralda, eu prefiro na fralda [...] (Participante Preto).

Sob o ponto de vista dos participantes, muitos consideram estas questões subjetivas e psicológicas como fatores de forte influência neste desfecho. Estudo que objetivou analisar a auto percepção de idosos sobre seu bem-estar quando utilizam fraldas geriátricas durante a hospitalização, revelou uma percepção dicotômica do idoso em relação ao uso das fraldas, ora como facilitador, ora como algo que os incomodava. O uso de fraldas para o idoso pode ser aceito como uma maneira de facilitar o trabalho da equipe de enfermagem visto que ele se identifica como dependente de cuidados e ao utilizar tal dispositivo diminui as solicitações à equipe (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

No estudo supracitado, as narrativas das pessoas idosas entrevistadas denotam dificuldades para além dos aspectos físicos, ressaltando também os fatores subjetivos como fatores que influenciam no julgamento de facilidade e dificuldade em utilizar as

fraldas. Questões como dor, incômodo, aversão e barreira emocional possuem significados imensuráveis que advêm somente de quem vivencia a experiência. Corroborando os indícios de que o uso das fraldas interfere em questões como autoimagem, percepção de si, julgamento alheio e enfrentamento perante uma situação indesejada (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014). Ainda neste estudo, quanto aos aspectos subjetivos associados aos processos de cuidado, as pessoas idosas relataram aspectos referentes à relação profissional/cliente permeada pela comunicação e negociação do cuidado (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

Nesta vertente, ressalta-se o paternalismo profissional gerado no ambiente hospitalar que oferece a possibilidade de se tomar decisões pelos outros de modo a favorecer o domínio da instituição de saúde sobre a pessoa idosa, incluído na massificação dos procedimentos e orientações exigidas pelas demandas de serviço (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011). Em muitas ações observadas durante o processo de cuidado dos participantes e nas narrativas destes relacionadas à decisão de colocação ou não de fraldas geriátricas nessas pessoas, tal paternalismo se encontra presente, sendo característico na prática clínica principalmente no processo de cuidado de pessoas idosas.

Sabe-se que o uso da fralda geriátrica de forma aleatória e desnecessária, de certa forma, coloca em risco a dignidade do ser envelhecendo; e, muitas vezes, seu uso está associado a vários estigmas: infantilização, velhice, perda do controle de si, dependência, entre outros. Isso afeta não apenas a autoestima e a autoimagem como também interfere em suas relações interpessoais com o parceiro, com as demais pessoas internadas no mesmo quarto e com os profissionais da equipe de saúde. Em suma, pode-se dizer que o uso da fralda afeta a dignidade dessas pessoas (LOCKS; SANTOS, 2016). O que torna o diálogo sobre tal temática nos cenários clínicos hospitalares de extrema relevância e urgência.

É necessário ir além, discutir o problema e as causas da IU, bem como as possibilidades de tratamento, empoderando o paciente de tal forma que ele entenda seu problema de saúde, seja co-partícipe do seu tratamento e possa ser atuante na tomada de decisões acerca de seus cuidados. Para isso, a equipe de enfermagem precisa estar preparada para prestar um cuidado que vislumbre essas necessidades e que ela atue de forma ética e respeitosa para com o paciente incontinente ou com este risco (LOCKS; SANTOS, 2016).

Ainda considerando os dispositivos de controle urinário utilizados no cenário hospitalar que podem predispor a IU, com relação ao cateter vesical permanente, observa-

se na prática clínica que para instalação e manutenção de seu uso, existe um critério maior, porque depende de avaliação e prescrição médica, além de ser um dispositivo invasivo que incomoda e é altamente associado aos quadros de infecção urinária dos pacientes que necessitam de seu uso (CONTERNO; LOBO; MASSON, 2011). Fato explicitado também nas narrativas:

[...] até que nessa questão da sonda vesical, a gente consegue ter uma participação maior por parte dos usuários, porque eles ficam ansiosos em conseguir fazer sem a sonda, porque é um dispositivo que incomoda, então quando você retira, eles têm essa necessidade de te avisar, a gente orienta, a gente tem uma maior orientação[...] (Participante Laranja).

[...] a sonda vesical ela é passada pelo enfermeiro, mas ela não é uma prescrição do enfermeiro, ou seja, para poder indicar uma sonda ele discute com o médico para o médico poder concordar e prescrever. Então a sonda é prescrita, por uma indicação clínica [...] (Participante Cinza).

Porém, mesmo com este critério maior, estudos têm revelado que por muitas vezes este dispositivo é colocado sem indicação adequada e perdura por mais tempo do que o paciente necessita. O profissional enfermeiro pode utilizar critérios validados para avaliar e discutir com a equipe multiprofissional quanto à permanência e instalação destes dispositivos. Apesar dos profissionais e dos próprios pacientes geralmente não associarem este risco, foi comprovado que o uso de cateteres vesicais está associado com o surgimento ou piora da IU de pessoas idosas hospitalizadas, sendo mais um motivo para sua utilização de forma mais criteriosa (OSTASZKIEWICZ; O'CONNELL; MILLAR, 2008; SOURDET et al., 2015).

Estima-se que o cateter urinário seja usado de forma inadequada em 20 a 50% dos pacientes com cateterismo vesical no ambiente hospitalar. Segundo as evidências científicas, o critério inadequado mais frequente é o uso em pacientes com incontinência urinária sem lesões de pele, que em longo prazo, está associado a um aumento de complicações, diminuição de capacidade funcional e até mesmo óbito (WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY, 2016).

Estudo sugere que a participação sistematizada de enfermeiros familiarizados com as indicações do cateterismo vesical, que questionem diariamente o médico sobre a necessidade da sua permanência, é essencial para diminuir as infecções do trato urinário (DAYTS, 2014) e conseqüentemente outras complicações comprovadamente associadas ao seu uso, como a IU.

Durante as discussões de grupo focal, em algumas narrativas foi ressaltado também o critério para escolha do calibre do cateter vesical. Sendo destacado pelos participantes que muitas vezes é escolhido um calibre inadequado e na prática clínica não se observa um critério estabelecido ou padronização de qual calibre é indicado para determinado paciente, sendo uma conduta empírica do próprio profissional que realizará o procedimento. Como ilustrado nas seguintes falas:

[...]tem também a questão na própria sondagem vesical, na utilização correta do número da sonda, às vezes, muitos profissionais não se atentam a isso, pegam a primeira sonda que aparece, tipo o paciente nunca foi sondado, então ele já pega uma calibrosa que acaba dilatando e isso quando for precisar tirar a sonda pode também favorecer a questão da incontinência [...] (Participante Azul).

[...]acho que o calibre da sonda pode piorar a questão da incontinência, se for desproporcional em relação ao canal uretral do paciente [...] (Participante Roxo).

As últimas evidências com relação ao calibre do cateter vesical, orientam que a sonda deve ser adaptada para cada paciente. Nos adultos, o calibre indicado é geralmente de 14 a 16 onde cada unidade é igual a 0,33mm aproximadamente (WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY, 2016). Porém nada se fala especificamente de orientações da escolha desse calibre para idosos, sendo utilizado o mesmo referencial de tamanho que se utiliza para adultos não idosos. Considerando que existem alterações fisiológicas com o processo do envelhecimento, para melhor adaptação de qual calibre de cateter vesical deve ser utilizado em pessoas idosas que minimize complicações, como lesões de uretra, necessita-se de estudos que orientem melhor esta escolha e prática pelo profissional enfermeiro.

Outro ponto observado e ressaltado pelos participantes foi o cuidado pós retirada do cateter vesical. Muitos participantes relataram que ao retirar o cateter vesical, ficam atentos se o paciente apresenta retenção urinária, mas se a pessoa idosa apresenta diurese espontânea após a retirada, não é questionado de que forma foi esta eliminação, ou seja, se foi voluntária ou não, ou se ele conseguiu conter a urina até ser atendida tal necessidade. São algumas questões que os profissionais não se atentam na prática clínica e são pouco registradas, como ilustrado nas seguintes falas:

[...] quando retira a sonda, sinceramente eu nunca questioneei se aquela micção foi natural. A pessoa com a sonda, muitas vezes

está habituada, talvez nem sinta, nem segure, mas de fato eu nunca abordei o paciente para saber. Sempre pensei: “ah teve diurese e pronto”, nunca questioneei: “você sentiu fazendo? Esse espontâneo foi como?” Isso eu nunca abordei pós retirada de sonda [...] (Participante Azul).

[...] eu acredito que a grande maioria vai ter esse pensamento também, porque a grande maioria das vezes, tirou a sonda só se preocupa se vai fazer retenção ou apresentar espontaneamente e para por aí, a gente não aborda se esse espontâneo foi um ato voluntário ou não[...] (Participante Preto).

Tais condutas refletem a carência de estudos, evidências científicas e abordagem na formação dos profissionais enfermeiros que relacionem o cateterismo vesical com o surgimento de IU. A abordagem de risco alertando para a retirada precoce e os cuidados com o cateter vesical é muito difundida na prática clínica, fazendo parte do gerenciamento de risco adotado em muitas instituições hospitalares, porém com foco na prevenção de infecção urinária, passando despercebido também o risco de IU associado que também pode e deve ser abordado.

É fundamental nesta vertente do processo de cuidado pontuada por *Donabedian* que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento teórico que lhes dê segurança para uma atitude proativa em relação aos pacientes em uso de cateter vesical e fraldas geriátricas, incluindo na rotina diária dos cuidados, o questionamento sobre a necessidade da sua manutenção. Atentando para complicações importantes, muitas vezes já contempladas na rotina assistencial, como lesões de pele e infecção urinária, mas também para a possibilidade de surgimento da IU associada ao uso destes dispositivos, que rotineiramente ainda passa despercebida.

5.4 AÇÕES DE CUIDADO NA PROMOÇÃO DA CONTINÊNCIA URINÁRIA DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS E COMO AMPLIÁ-LAS

Considerando os componentes estrutura e processo inerentes à teoria de *Donabedian* (1980), vários fatores surgiram como forte influência, dificultando a realização do cuidado de enfermagem na promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada no cenário estudado. Ainda assim, com estes inúmeros fatores encontrados, podem ser observadas e constatadas, nas narrativas dos participantes, ações e intervenções ainda que tímidas, pontuais e não sistematizadas, que refletem este cuidado, se constituindo como achados do componente resultado da teoria estudada. Para *Donabedian* (1980) o componente Resultado, representa as consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas

no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos.

Vale ressaltar que os achados relacionados ao componente Resultado vão desde ações que interfiram positivamente na melhoria dos fatores apontados nos componentes estrutura e processo, por vezes nem reconhecidas como ações de promoção da continência urinária pelos participantes, mas que são realizadas em sua prática assistencial, até intervenções para própria reabilitação e melhora da IU identificada em pessoas idosas que já são hospitalizadas com o agravo (NAMBIAR et al., 2018). Pode-se ilustrar tais medidas e a operacionalização deste cuidado refletido nas falas a seguir:

[...] uma idosa que foi admitida hoje com a mobilidade comprometida, estava fazendo uso de medicamentos venosos em bomba e na outra unidade, tinham feito cateterismo vesical de alívio. A acompanhante tinha dado uma fralda para ela e falou: “tenta fazer na fralda, porque vai ser difícil ir no banheiro, você está com essas medicações”, aí a idosa falou: “mas se eu pudesse ir no banheiro, seria tão bom”. Aí eu falei: “mas dá para senhora ir no banheiro” eram medicamentos que poderiam ser parados, botei ela numa cadeira de banho e levei no banheiro, não deu dois minutos ela conseguiu fazer xixi. Então além de você dar uma fralda, uma aparadeira, precisa proporcionar o conforto. Uma paciente que tem a mobilidade comprometida, tinha a vida dela em casa, de ir no banheiro e fazer xixi, ela não está acostumada a ficar numa cama, fazendo as necessidades numa fralda com alguém limpando. Se a gente tem meios para facilitar, é muito melhor do que condicionar a paciente a usar fralda e a ficar acamada e dependente” (Participante Verde).

[...] aqui eu vejo que o que depende da enfermagem, o pessoal tem relativamente essa cultura, não bem sistematizada, mas a maioria tem essa cultura. Eu vejo os enfermeiros se preocupando com a retirada da sonda, eu vejo os técnicos também se preocupando. Criar essa cultura de invadir somente o necessário, onde o benefício é maior que o risco, isso é importante para prevenir várias complicações. Isso serve pra fralda também, se a fralda não tem uma indicação clínica, por que o uso da fralda? [...] E isso de estimular o acompanhante é importante, então, a gente criar essa cultura de estimular cada vez mais a independência do paciente, ou de não contribuir para que aquela dependência que ele já tenha, aumente [...] (Participante Cinza)

[...] nós não temos instrumentos, protocolos ou nada escrito sobre isso, é mais uma cultura mesmo, pegando o gancho dessa questão de retirar esses dispositivos invasivos, é mais uma cultura, uma percepção nossa, de ver e fazer. Até porque nós estamos mais

tempo com o paciente. Mas isso também depende. Depende do perfil do profissional. [...] muitas vezes nós sinalizamos para o médico, “esse paciente já está há tanto tempo com sonda, vamos tentar retirar?” (Participante Laranja).

Fica evidente no relato dos participantes que existem condutas da equipe de enfermagem que promovem a preservação da capacidade funcional e independência da pessoa idosa hospitalizada, porém muitas destas condutas não são registradas em prontuário, nem padronizadas por meio de protocolos. O que evitaria tantos eventos que estas pessoas estão expostas e vulneráveis durante a hospitalização. Estudo realizado na Espanha que objetivou determinar a frequência do uso de fraldas em pacientes internados em um centro hospitalar e identificar os critérios que determinaram seu uso e grau de adequação, revelou a frequência excessiva com que fraldas são utilizadas de forma inadequada em idosos hospitalizados. Neste estudo, tal prática foi relacionada à carência de escalas validadas ou de critérios que orientem os profissionais para com esta prática (BLANC et al., 2015). Estudo realizado no Brasil com resultado semelhante também sugere a criação de escalas e protocolos que orientem esta prática assistencial (BITENCOURT et al., 2018).

Mesmo com o reconhecimento e sensibilização de alguns profissionais, que relatam ter uma “cultura” estabelecida, é necessário que existam protocolos e uma padronização de ações para o exercício profissional seguro e sistematizado. Com relação ao gerenciamento da IU nos cenários hospitalares, ainda existe uma carência destes instrumentos que oriente tal prática, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos relacionados ao tema que possibilitem a construção e validação de instrumentos e protocolos baseados em evidências com esta finalidade.

Considerando ainda o componente resultado, com relação ao atributo mudança de atitude, durante as discussões de grupo focal, foi observada uma reflexão da equipe relacionada ao problema e reconhecimento de sua importância, primeiro passo para a sensibilização destes profissionais e uma possível mudança deste cenário assistencial. Como ressaltado nas falas:

[...] aquele paciente que não é incontinente e que pode desenvolver a incontinência secundária ao internamento, a gente tem como prevenir; e a ferramenta é justamente trabalhar com essa questão do acompanhante, junto ao uso da aparadeira; o técnico talvez não precise estar lá a todo momento, mas em

alguns momentos vai precisar. E uma vez que a gente atender um paciente já afetado, pode-se também intervir, criar um sistema de tratamento, junto à fisioterapia para que ele faça os exercícios, movimentos que auxiliem na melhoria desses esfíncteres e com isso recuperar essa função [...] (Participante Cinza).

[...] acho que primeiro a gente tem que entender o porquê que aquele paciente está usando fralda ou solicitando usar, realmente é pela condição clínica que ele precisa? Ou é por essa questão de não querer incomodar a equipe? Ou uma dificuldade de deambular? Primeiro a gente teria que entender qual o motivo. Caso não haja necessidade, aí a gente vai fazer educação mesmo, orientação[...] (Participante Laranja).

[...] eu acho que a educação é o ponto chave para poder reduzir esse uso da fralda; e educação no sentido de explicar mesmo quais são os malefícios, explicar como se usa uma aparadeira, porque não é difícil a gente encontrar paciente com baixo grau de instrução aqui, que nunca ouviu falar e nem sabe o que é uma aparadeira. Isso se o paciente não conseguir ir até o banheiro, se conseguir, é fazer esse estímulo mesmo[...] (Participante Verde).

[...] eu acho que há uma falha na sistematização do cuidado, talvez pela dinâmica da unidade, algumas fases do processo de enfermagem, a gente não consegue completar. A gente faz exame físico, consegue fazer a prescrição de enfermagem, consegue implementar alguns cuidados, mas há falha de outras etapas importantes que é a etapa do planejamento e a etapa da avaliação. Eu não vejo essa avaliação e acredito que em todas as outras enfermarias também; durante todo o processo de internação, durante quanto tempo ele usou a fralda, se não utilizou, por quanto tempo, se tem incontinência, quando começou, se melhorou, esse controle de fato eu acredito que não há [...] (Participante Azul).

Os depoimentos acima demonstram a necessidade da educação em saúde envolvendo paciente e acompanhante, além da necessidade também da abordagem sistematizada e individualizada, baseada nas necessidades, demandas e riscos de cada paciente. A abordagem de atenção centrada na pessoa ocupa um lugar valioso dentro dos cuidados de saúde atuais, uma vez que tenta abranger a compreensão de todas as necessidades de um indivíduo (DEPARTMENT OF HEALTH VICTORIAN STATE, 2012). No entanto, deve ser reconhecido que novas práticas não são fáceis de introduzir dentro de uma organização (KITWOOD, 2007). É necessário entender os processos e sensibilizar os atores envolvidos para que haja reconhecimento e disposição para mudança de atitude. O cuidado sustentável centrado na pessoa, no que diz respeito à promoção da continência, exige uma liderança e cultura positiva comprometida, incluindo

a educação contínua de pessoal e de acompanhantes de pessoas idosas no cenário hospitalar, todos engajados neste objetivo (MCCARTHY et al., 2009).

Outro reconhecimento dos participantes, foi a importância do trabalho da equipe multiprofissional em prol da promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada, considerando a IU como multifatorial, eles puderam se enxergar e se inserir no processo, e que as ações pontuais de apenas uma classe profissional específica não seria tão relevante quanto um trabalho envolvendo os outros saberes que se complementam. Portanto, sendo a IU na pessoa idosa hospitalizada um problema de todos, todos devem ser inseridos no processo para o alcance de resultados positivos, isto é, a promoção da continência urinária destas pessoas. Como está ilustrado nas narrativas a seguir:

[...] vamos dizer que a gente criasse uma escala de risco, então todo paciente acamado ele tem risco para perder função esfinteriana urinária. E tem aqueles pacientes que já chegam com a disfunção, mas uma vez detectada, quais são as medidas? Não só da enfermagem, mas também de toda equipe multiprofissional? Poderia se criar um protocolo, um conjunto de medidas simples, não aumentaria custo, porque nós temos fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos, nutricionistas, psicólogos e médicos para isso. Alguns exercícios são tão simples para combater ao empobrecimento esfinteriano, que qualquer profissional treinado num curso de duas horas, seria capaz de ensinar o paciente [...] (Participante Cinza).

[...] a abordagem das eliminações, realmente é restrita à enfermagem, não que ela deva ser assim, concordo que deva ser multiprofissional. Deveria se trabalhar essa questão de ter outras áreas fundamentais pra entrelaçar nesse processo, não só de promoção e prevenção de uma incontinência, mas também de conhecimento para que esse conhecimento deles some também com a equipe de enfermagem, seria importante a gente trabalhar com algumas equipes parceiras, Então trazer eles pra essa visão, incluir eles, porque a visão multiprofissional, talvez traga vários benefícios que talvez a enfermagem hoje não se conscientize ainda [...] muitas vezes a abordagem acaba sendo “solta”, a fisio num canto, a enfermagem no outro, medicina no outro, psicologia no outro, e a gente poderia se encontrar nessas pequenas ações (Participante Preto).

Como evidenciado nas narrativas, de fato, o trabalho pautado na prática colaborativa interprofissional é considerada a melhor abordagem de assistência em virtude da complexidade do cuidado em saúde que exige distintos saberes e fazeres (PEDUZZI et al., 2013). Essa prática, sinaliza a interação existente entre a equipe de enfermagem e outros profissionais que proporcionam práticas de cuidado à pessoa idosa,

em conjunto, com partilha das ações. Dessa forma, permite maior segurança nos cuidados para a enfermagem e facilita a tomada de decisão assertiva para a individualidade e excelência da assistência (SANGUINO et al., 2018).

A prática colaborativa interprofissional é uma medida facilitadora no processo de cuidado de pessoas idosas hospitalizadas que articula o cuidado à saúde com o trabalho em equipe na perspectiva interprofissional, de modo a encontrar respostas às novas perspectivas de cuidado em saúde, sobretudo no que se refere aos desafios atuais e fragmentação ainda persistente no cuidado (PEDUZZI et al., 2013).

Por fim, também foi possível observar e retratar nas falas dos participantes o levantamento de sugestões de intervenções que possam auxiliar na mudança dessa realidade, propondo formas de ampliar as ações de cuidado na promoção da continência urinária das pessoas idosas hospitalizadas neste cenário. Como atributo da técnica de GF, tais sugestões partiram dos participantes após serem provocados com relação a uma problemática. O que é de extrema relevância no sentido da aplicabilidade e exequibilidade de tais ações no cenário. Corroborando a importância de repensar a prática clínica, muitas vezes mecanizada pelas rotinas institucionais e sensibilizar os profissionais com relação a estes problemas. Alguns destes levantamentos estão ilustrados a seguir:

[...] uma intervenção de enfermagem que imagino, seria, da mesma forma que na visita a gente passa perguntando o paciente se ele apresentou diurese, porque não inserir a pergunta se essa diurese foi de forma voluntária ou involuntária? Acho que aí a gente ficaria mais atento, ajudaria a gente ter esse conhecimento e não deixar tão mascarado[...] acho que outra intervenção também, seria ter atenção com relação ao aprazamento de determinadas medicações como diuréticos, ficar atento para que a medicação não caia nesses períodos mais críticos como durante a noite. (Participante Azul).

[...] é tentar conscientizar a pessoa a não perder essa possibilidade de ir ao banheiro, vai minimizar talvez a incontinência, isso cinquenta por cento, porque os outros cinquenta por cento é da doença, do psicológico, da falta da família, da assistência e ajuda da enfermagem, então é tentar tirar o mais rápido possível ele do leito [...] (Participante Roxo).

[...] A gente deve aumentar a conscientização da equipe para que a gente melhore, a gente evolua nesse sentido cada vez mais, que já é um cuidado, mas esse cuidado é empírico, ou seja, ele não é sistematizado, então precisamos criar a cultura de estimular a independência com relação à incontinência, estimular a independência do uso racional da fralda, porque a facilidade da

fralda pra uma situação pode gerar outros problemas[...] é a gente trabalhar com a equipe, que o uso da fralda traz consequências, porque eu acho que muitas vezes a equipe não é conscientizada disso [...] (Participante Cinza).

Diante disso, uma vez identificada a IU na pessoa idosa no início da internação, as ações de cuidado e orientações devem ser implementadas por todos os membros da equipe multidisciplinar com vistas a iniciar, tão logo seja possível, o tratamento de reabilitação. Assim, ainda durante o período de hospitalização seria possível avaliar as dificuldades encontradas pelos pacientes em seguir as instruções, reforçando-as quando necessário, de modo a garantir maior adesão ao tratamento e melhor compreensão das atitudes a serem modificadas, além de orientá-los sobre os exercícios a serem realizados (LOCKS; SANTOS, 2016).

Melhorar a competência gerontológica dos profissionais enfermeiros atuantes em cenários hospitalares é fundamental para aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas idosas através de intervenções de enfermagem baseadas em evidências (NYMAN et al., 2017). Os educadores, os gerentes de enfermagem e os pesquisadores têm um papel importante no desenvolvimento de métodos para melhorar e subsidiar o conhecimento e as atitudes na avaliação de enfermagem e no gerenciamento dessas síndromes geriátricas para mudança deste cenário refletindo num resultado/desfecho favorável para esta população. Conforme *Donabedian* (1980) mesmo que os Resultados sejam um parâmetro de qualidade do serviço prestado, é essencial associa-lo às avaliações do Processo e da Estrutura para conseguir identificar as razões das diferenças encontradas, para aperfeiçoar o uso dos recursos, melhorar o planejamento, as intervenções e aumentar o alcance da eficiência almejada.

6 CONCLUSÃO

O cuidado de enfermagem para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas, considerando os pilares da teoria de *Avedis Donabedian*, ainda se dá de forma tímida, pontual e não sistematizado. Com relação à estrutura, destaca-se aspectos como a estrutura física adversa para oferta deste cuidado, além do déficit de recursos materiais e de recursos humanos. Somado a isso observa-se a ausência de reconhecimento e de conhecimento por parte dos profissionais de enfermagem quanto ao problema da IU e de suas intervenções.

Sobre o processo, destaca-se a cultura das instituições hospitalares, como encontrada no cenário estudado, quanto à rotina de colocação de fraldas geriátricas e cateter vesical permanente em pessoas idosas, muitas vezes com seu status de continência mantido, se configurando como alto risco para desenvolver IU durante a hospitalização. A prática do uso indiscriminado de fraldas geriátricas também foi associada pelos profissionais a fatores subjetivos da pessoa idosa como o medo de molhar-se, o pudor de não se expor ao profissional de saúde e ao familiar e a dependência destes dispositivos após sua colocação.

Os profissionais da equipe de enfermagem demonstraram perceber os fatores da estrutura e do processo que influenciam negativamente neste resultado, por meio da sensibilização e do levantamento de sugestões para mudança de atitude. Os resultados do estudo alertam para a necessidade de criação de instrumentos e protocolos validados baseados em evidências que orientem esta prática assistencial e a necessidade de sensibilização de toda a equipe multiprofissional, principalmente de enfermagem para com o problema, ao reconhecer a IU na pessoa idosa como problema, medidas e intervenções serão planejadas, executadas e avaliadas pela equipe, reduzindo suas consequências para a pessoa afetada e o fardo desta síndrome geriátrica aos cuidadores e ao sistema público de saúde.

Trabalhar em prol da preservação e promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada é trabalhar em prol da manutenção da capacidade funcional, autonomia e independência dessa clientela. Não serão só mais anos vividos, serão principalmente mais anos vividos com qualidade, uma das metas prioritárias em uma sociedade que envelhece.

O estudo teve como limitação a dificuldade com relação à disponibilidade dos profissionais em participar das oficinas de grupo focal, sendo possível sua realização

apenas em horário de serviço, durante dias escalados em que haviam mais profissionais na unidade com parceria da coordenação de enfermagem do setor que viabilizou tal alternativa. Também pode ser considerada como limitação do estudo, a utilização do modelo teórico de investigação donabediano pré-determinado que pode ter limitado as narrativas dos participantes dentro das questões propostas e o norteamento das discussões pela pesquisadora/moderadora. Porém tal desenho proporcionou um norte de aprofundamento e análise com relação à temática investigada que atendeu aos objetivos propostos.

Com os resultados alcançados recomenda-se a realização de mais estudos relacionados à temática abrangendo também outros atores da equipe multiprofissional, além da equipe de enfermagem e principalmente o desenvolvimento de estudos de intervenção educativa voltados para sensibilização dos atores envolvidos a fim de se alcançar uma mudança de atitude e transformação nos cenários de cuidado à pessoa idosa vulnerável a tal desfecho.

REFERÊNCIAS

- ABRAMS, P. et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 7, p. 2271–2272, set. 2018.
- AHARONY, L. et al. Consensus document on the detection and diagnosis of urinary incontinence in older people. **European Geriatric Medicine**, v. 8, n. 3, p. 202–209, jul. 2017.
- AHMED, N.; MANDEL, R.; FAIN, M. J. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. **The American Journal of Medicine**, v. 120, n. 9, p. 748–753, set. 2007.
- ALVES, L. DE A. F.; SANTANA, R. F.; SCHULZ, R. DA S. Percepções de idosos sobre a utilização de fraldas durante a hospitalização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 371-5, mai/jun. 2014.
- AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1617–1626, dez. 2004.
- BARDSLEY, A. Promoting urinary continence in older women. **Nursing Standard**, v. 29, n. 8, p. 42–51, 22 out. 2014.
- BARELA, J. et al. Adequação Estrutural De Um Quarto Hospitalar. **15º Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humano-tecnológicas: produto, informações, ambientes construídos e transporte.**, n. 1, p. 91–102, 2015.
- BIERNACKI, C. **Dementia: Metamorphosis in Care**. West Sussex England: John Wiley & Sons Limited, 2007.
- BITENCOURT, G. R. et al. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 343–349, abr. 2018.
- BLANC, B.F.L. et al. Appropriateness of the use of incontinence absorbent products in hospitalized adults. **Enfermeria clinica**, v. 25, n. 4, p. 198–203, 2015.
- BORBASI, S. et al. Health professionals' perspectives of providing care to people with dementia in the acute setting: Toward better practice. **Geriatric nursing (New York, N.Y.)**, v. 27, n. 5, p. 300–8, 2006.
- BRASIL. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/495/1/Agenda%20nacional%20prioridades%20pesquisa%20sa%C3%BAde%20ed.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 08 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

_____. **Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>. Acesso em: 26 out. 2018.

BURMESTER, H. Gestão da qualidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 12 jan. 2018.

CABRITA, M. DE F. G.; JOSÉ, H. M. G. O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 7, n. 1, p. 96-103, 2013.

CALNAN, M. et al. 'I often worry about the older person being in that system': exploring the key influences on the provision of dignified care for older people in acute hospitals. **Ageing and Society**, v. 33, n. 03, p. 465–485, 27 abr. 2013.

CAMPBELL, J. L.; COYER, F. M.; OSBORNE, S. R. Incontinence-associated dermatitis: a cross-sectional prevalence study in the Australian acute care hospital setting. **International Wound Journal**, v. 13, n. 3, p. 403–411, jun. 2016.

CANO, D.S; SAMPAIO I.T.A. O método de observação na psicologia: Considerações sobre a produção científica. **Interação em Psicologia**, v.11, p. 199-210, 2007.

CAPRA F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo (SP): Cultura, 1982.

CARRETTA, M. B. et al. Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, 28 abr. 2013.

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

CARVALHAIS, M. D.; SOUSA, L. Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. **Revista de enfermagem referência**, v. 3, n. 3, p. 75-84, 2011.

CAVE, C. E. Evidence-Based Continence Care. **Rehabilitation Nursing**, v. 42, n. 6, p. 301–311, 2017.

CHIU, A.-F. et al. Association of urinary incontinence with impaired functional status

among older people living in a long-term care setting. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 15, n. 3, p. 296–301, mar. 2015.

CLATWORTHY, D. Design features to assist patients with dementia in general hospitals and emergency departments University of Stirling. **Nursing management (Harrow, London, England : 1994)**, v. 19, n. 6, p. 8, 27, set. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 543/2017**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-543-2017-completa.pdf>. Acesso em: 10 nov 2018.

CONTERNO, L. DE O.; LOBO, J. A.; MASSON, W. Uso excessivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1089–1096, out. 2011.

CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 65–69, fev. 2005.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 84–88, fev. 2006.

DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 186–190, 2012.

DAYTS, O. Evidence-based protocol: diagnosis and treatment of catheter-associated urinary tract infection within adult neurocritical care patient population. **Nursing Clinics of North America**, v. 49, n. 1, p. 29–43, mar. 2014.

DEPARTMENT OF HEALTH VICTORIAN STATE. Best care for older people everywhere. **State of Victoria, Department of Health 2012**, 2012.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford University Press, Oxford, 1993.

_____. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan (USA): Health Administration Press, p. 77-125, 1980.

_____. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, dez. 2005.

_____. **The Quality of Medical Care**. Science 200, 1978.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB. Quality review bulletin**, v. 18, n. 11, p. 356–60, nov. 1992.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–8, nov. 1990.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R.; WYSZEWIANSKI, L. Quality, cost, and health: an integrative model. **Medical care**, v. 20, n. 10, p. 975–92, out. 1982.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. DE; ALCOFORADO, C. L. G. C. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9–12, 2014.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, n. 2, 5 abr. 2008.

FERREIRA, M. DE A. et al. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a Enfermagem Fundamental. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 6, n. 3, p.387-96, dez. 2002.

FUGULIN, FERNANDA MARIA TOGEIRO. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 72–78, fev. 2005.

FURLANETTO, K.; EMOND, K. “Will I come home incontinent?” A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over. **Collegian (Royal College of Nursing, Australia)**, v. 23, n. 1, p. 79–86, 1 mar. 2016.

GIBSON, W.; WAGG, A. New horizons: urinary incontinence in older people. **Age and Ageing**, v. 43, n. 2, p. 157–163, 1 mar. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GÓES, R.P. et al. Cuidado hospitalar e surgimento de incontinência urinária em pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2019. No prelo.

GOMES, J. et al. Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III Série, n. n° 8, p. 29–38, 14 dez. 2012.

HAYLEN, B., DE RIDDER, D., FREEMAN, R., SWIFT, S., BERGHMANS, B., LEE, J. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourol Urodyn**, v.29, p. 4-20, 2010.

HESBEEN, W. **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures : Lusociência, 2001.

HOSSNE WS. **Dos referenciais da bioética - a vulnerabilidade.** Bioethikos, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Conceitos - conceitos estatísticos—Saúde.** Conselho Superior de Estatística. Instituto Nacional de Estatística, 2002. Disponível em: <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx>. Acesso em: 10 set. 2018.

JACKSON, S. L. et al. Predictors of Urinary Incontinence in a Prospective Cohort of Postmenopausal Women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 108, n. 4, p. 855–862, out. 2006.

JESUS, M. C. P. DE et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229–1236, out. 2011.

JIANG, K. et al. Exercise and urinary incontinence in women. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 59, n. 10, p. 717- 21, out. 2004.

JUNG, H. B.; KIM, H. J.; CHO, S. T. A current perspective on geriatric lower urinary tract dysfunction. **Korean journal of urology**, v. 56, n. 4, p. 266–75, abr. 2015.

KEILMAN, L. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. **Prim Care**, v. 32, p. 699-722, 2005.

KHANDELWAL C, KISTLER C. **Diagnosis of urinary incontinence.** Am Fam. Physician, v. 87, n. 8, p. 543-51, 2013.

KINALSKI, D. D. F. et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 424–429, 2017.

KITWOOD, T. **Dementia reconsidered; the person comes first.** Berkshire, UK: Open University Press. 2007.

KURCGANT P. Administração em Enfermagem. São Paulo (SP): **EPU**, 1991.

KUZNIER, T. P.; LENARDT, M. H. O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 0, n. 0, 6 jun. 2011.

LAKHAN, P. et al. A Prospective Cohort Study of Geriatric Syndromes Among Older Medical Patients Admitted to Acute Care Hospitals. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 11, p. 2001–2008, nov. 2011.

LOCKS, M. O. H.; SANTOS, S. M. A. DOS. Uso de Fralda Geriátrica em Hospitais: Solução ou Problema? **Revista Estima**, v. 13, n. 1, 23 mar. 2016.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET**,

v. 17, n. 1, 1 ago. 2018.

MARSHALL, M. Dementia-friendly design guidance for hospital wards. **Journal of Dementia Care**, v. 20, n. 4, p. 26-28, 2012.

MARTÍNEZ-VELILLA, N. et al. Iatrogenic Nosocomial Disability Diagnosis and Prevention. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 8, p. 762–764, 1 ago. 2016.

MATOS, RODRIGO MATOS DE. **Circulações em Hospitais- O caso da Unidade “Hospital Presidente Dutra” em São Luís/MA**. Monografia (Especialização em Arquitetura em Sistemas de Saúde) Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, 2008.

MCCARTHY, G. et al. Incontinence: prevalence, management, staff knowledge and professional practice environment in rehabilitation units. **International Journal of Older People Nursing**, v. 4, n. 1, p. 3–11, mar. 2009.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo (SP): Hucitec, 1997.

MILSOM, I. et al. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. **European Urology**, v. 65, n. 1, p. 79–95, jan. 2014.

MINASSIAN, V. A.; STEWART, W. F.; WOOD, G. C. Urinary Incontinence in Women. **Obstetrics & Gynecology**, v. 111, n. 2, Part 1, p. 324–331, fev. 2008.

MINAYO, M.C.S et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.; SOUZA E.R.S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27a. ed. São Paulo: Hucitec, p. 9-29, 2008.

MOREIRA, D. A. Pesquisa em Administração: Origens, usos e variantes do método fenomenológico. **Revista de Administração e Inovação**, v. 1, n. 1, p.5-19, 2004.

MOTA A., FIGUEIREDO A., FERREIRA CA., CASTELO D., PARADA B., NUNES P., ROLO F. Patologia urológica e envelhecimento. In: Veríssimo, Manuel, editor. **Geriatrics fundamental**. 1st ed. Lisboa; p. 210-16, 2014.

NAMBIAR, A. K. et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. **European Urology**, v. 73, n. 4, p. 596–609, abr. 2018.

NASCIMENTO, E. R. P. DO et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 2, p. 338–342, 2015.

NAZARKO, L. Continence series. Part 3: Holistic continence care. **British Journal of Healthcare Assistants**, v. 7, n. 2, p. 70—75, 2013.

_____. Continence series. Part 2: Long term conditions. **British Journal of Healthcare Assistants**, v. 6, n. 11, p. 534—539, 2012.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 1, mar. 2010.

NEVES, L. et al. The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, 5 mar. 2018.

NYMAN, M.H. et al. Urinary incontinence and its management in patients aged 65 and older in orthopaedic care - what nursing and rehabilitation staff know and do. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 21–22, p. 3345–3353, nov. 2017.

OLIVEIRA, T. M. J. DE et al. A hospitalização para o idoso: Contribuições da enfermagem gerontológica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 293-308, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Good health adds life to years**. Global brief for World Health Day, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf. Acesso em: 28 set. 2018.

ORTMAN JM, VELKOFF VA, HOGAN H. **An aging nation: The older population in the United States**. Washington DC: US Census Bureau, 2014. Disponível em: www.census.gov/prod/2014pubs/p25-1140.pdf . Acesso em: 03 out. 2018.

OSTASZKIEWICZ, J.; O'CONNELL, B.; DUNNING, T. Residents' perspectives on urinary incontinence: a review of literature. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 26, n. 4, p. 761–772, dez. 2012.

OSTASZKIEWICZ, J. et al. Toileting assistance programmes for the management of urinary incontinence in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 18 jun. 2013.

OSTASZKIEWICZ, J.; O'CONNELL, B.; MILLAR, L. Incontinence: Managed or mismanaged in hospital settings? **International Journal of Nursing Practice**, v. 14, n. 6, p. 495–502, dez. 2008.

PAGANINI, J.M.; **Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultado**. Washington (USA): OPS, 1993.

PAGOTTO, V.; SILVEIRA, E. A.; VELASCO, W. D. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3061–3070, out. 2013.

PALADINI, E. P.; **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. São Paulo: Atlas. 286 p. 1995.

- PALESE, A. et al. Incontinence Pad Use in Patients Admitted to Medical Wards. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 34, n. 6, p. 649–654, nov. 2007.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977–983, ago. 2013.
- PEREIRA, E. E. B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 165-176, 2014.
- PEREIRA, K. C. R.; ALVAREZ, A. M.; TRAEBERT, J. L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 85–95, mar. 2011.
- PERFEITO, A. A. B. et al. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Dicionários Editora. Porto Editora, LDA. Porto, 2012.
- PESSINI L. **Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde**. Mundo Saúde, v. 34, n. 4, p. 457-65, 2010.
- PIZZOL, S. J. S. DE. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 42, n. 3, p. 451–468, set. 2004.
- PRICE, H. Incontinence in patients with dementia. **British Journal of Nursing**, v. 20, n.12, p. 721-725, 2011.
- PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. DA. Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 4, 31 ago. 2011.
- PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 621–629, ago. 2012.
- REGAT-BIKOÏ, C.; VUAGNAT, H.; MORIN, D. L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie : est-ce vraiment une priorité pour les infirmières? **Recherche en soins infirmiers**, v. 115, n. 4, p. 59, 2013.
- REIS, E. J. F. B. DOS et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50–61, mar. 1990.
- ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. DA. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 460–468, dez. 2005.
- SAMUELSSON, E. et al. Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. **Geriatrics & gerontology international**, v. 15, n. 5, p. 521–34, maio 2015.

SANGUINO, G. Z. et al. The nursing work in care of hospitalized elderly: limits and particularities / O trabalho de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado: limites e particularidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 1, p. 160, 9 jan. 2018.

SANTOS, KAMYLA FÉLIX OLIVEIRA DOS. **Terapia comportamental para controle de incontinência urinária de esforço em mulheres idosas: construção e validação de protocolo de intervenções de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

SILVA, VALQUÍRIA CARVALHO. **Capacidade funcional do idoso hospitalizado: subsídios para elaboração de um protocolo de enfermagem**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 160f. 2017.

SILVA, A.; VARANDA, J.; DÓRIA NÓBREGA, S. **Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais**. Principia, publicações universitárias e científicas, 2004.

SILVA, V. A. DA; 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, out. 2012.

SOURDET, S. et al. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 16, n. 8, p. 674–681, 1 ago. 2015.

SOUSA, R. M. DE et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 732–741, dez. 2010.

SOUSA, L.; RIBEIRO, A. P. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 866–877, set. 2013.

STOTHERS, L., THOM, D. AND CALHOUN, E. Chapter 6: Urinary incontinence in men. In: Litwin, M. and Saigal, C. (eds), **Urologic Diseases in America**. NIH. Washington, DC: Government Printing Office, p.193–221, 2007.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927–934, dez. 2011.

TAVARES, J. P. DE A. et al. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 1, p. 51–61, mar. 2015.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

TROPEA, J. et al. Caring for people with dementia in hospital: findings from a survey to identify barriers and facilitators to implementing best practice dementia care. **International psychogeriatrics**, v. 29, n. 3, p. 467–474, 2017.

VERAS, R.P. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 05–06, mar. 2015.

_____. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834–1840, out. 2012.

VERAS, R. P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 385–392, 2013.

VIEIRA, G. D. B.; ALVAREZ, A. M.; GIRONDI, J. B. R. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 1, 31 mar. 2011.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. The caregiving process in the vulnerability perspective. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 765–771, ago. 2008.

WALLER, S. Redesigning wards to support people dementia in hospital. **Nursing Older People**, v. 24, n. 2, p.16-21, 2012.

WOOGARA J. Patients' privacy of the person and human rights. **Nurs Ethics**, v.12, n. 3, p.273-87, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obituary. **Bulletin of the World Health Organization**, 2000, v.78, n.12, p.1475. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58097/1/obituary.pdf>> Acesso em: 09 fev. 2018.

WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. Care and Management of Patients with Urinary Catheters : A Clinical Resource Guide. **Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN®)**, 2016.

ZISBERG, A. Incontinence Brief Use in Acute Hospitalized Patients With No Prior Incontinence. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 38, n. 5, p. 559–564, 2011.

ZISBERG, A. et al. In-Hospital Use of Continence Aids and New-Onset Urinary Incontinence in Adults Aged 70 and Older. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 6, p. 1099–1104, jun. 2011.

ZÜRCHER, S.; SAXER, S.; SCHWENDIMANN, R. Urinary incontinence in hospitalised elderly patients: do nurses recognise and manage the problem? **Nursing research and practice**, v. 2011, p. 67-74, 2011.

APÊNDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Título do Projeto: O cuidado na promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada à luz da teoria de *Avedis Donabedian*

Prezado (a) senhor (a),

Convido você para participar do estudo “O cuidado na promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada à luz da teoria de *Avedis Donabedian*”, projeto de dissertação de mestrado de Roberta Pereira Góes, estudante do curso de Pós-Graduação stricto sensu em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob a orientação da Professora Doutora Larissa Chaves Pedreira.

Este estudo terá como objetivo geral analisar como ocorre o cuidado da equipe de enfermagem para a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas. E especificamente: verificar a influência dos componentes da tríade donabediana “estrutura” e “processo” na oferta desse cuidado e apreender como a equipe de enfermagem percebe a influência da “estrutura” e do “processo” no “resultado” do seu cuidado, visando a promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas

Desta forma, caso aceite participar do estudo, serão realizadas rodas de conversa constituindo encontros de grupo focal, as quais serão gravadas, se assim permitir, onde você poderá dar sua contribuição relatando como ocorre o cuidado às pessoas idosas hospitalizadas, no sentido de promover a sua continência urinária e os aspectos facilitadores e dificultadores para tal do cuidado. Além disso, será realizada, pela pesquisadora, a observação sistemática da estrutura da unidade, englobando estrutura física, recursos humanos e materiais e de rotinas de cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos idosos internados na unidade. As informações fornecidas poderão contribuir com a reflexão dos trabalhadores e gestores da saúde quanto a promoção e prevenção relacionada à continência urinária da pessoa idosa em unidade hospitalar, visando a preservação da autonomia e funções básicas, minimização de riscos e iatrogenias geradas pelo processo do cuidado e garantia da segurança destes pacientes durante a hospitalização.

Informamos que você não será identificado, sendo sigilosos os dados; todas as informações dadas por você serão usadas apenas para a pesquisa e os documentos digitais com as gravações serão armazenadas na sala da professora orientadora localizada na Escola de Enfermagem–UFBA, sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, quando então, serão destruídas. Você não terá nenhum gasto em dinheiro para participar da pesquisa. Além disso, você tem a liberdade de afastar-se em qualquer fase da pesquisa, se assim desejar, pois é um direito garantido.

Caso você se sinta constrangido (a) ou incomodado (a) para responder alguma questão ou durante a observação, a coleta de dados será interrompida imediatamente. A qualquer momento que houver necessidade do esclarecimento de dúvidas, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras que podem ser encontradas na EEUFBA,

localizada Rua Augusto Viana, s/n, Canela, 40110-060, Salvador, ou pelo telefone: (71)986482331.

Sendo assim, caso concorde em participar desta pesquisa, você deve assinar este termo de consentimento em duas vias, ficando uma com você e a outra com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “ **O cuidado na promoção da continência urinária da pessoa idosa hospitalizada à luz da teoria de Avedis Donabedian**”, li o conteúdo do texto com as informações do estudo e entendi qual será minha participação nesta pesquisa. Declaro não ter dúvidas que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízos ou perda. Estou ciente de que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido (a) à coerção, indução ou intimação.

Salvador, _____ de _____ de _____

Participante

Roberta Pereira Góes
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA

Prof^a Dr^a Larissa Chaves Pedreira
Orientadora da pesquisa

APÊNDICE B**ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA ENGLOBALDO
ESTRUTURA E ROTINA ASSISTENCIAL****DATA:** / / **TURNO:**

Observar e atentar:

1. Quanto aos aspectos da estrutura física que influenciam no estímulo da ida da pessoa idosa ao banheiro ou do uso de aparadeiras e urinóis;
2. Quanto aos aspectos relacionados às quantidade e qualidade dos recursos humanos que influenciam no estímulo da ida da pessoa idosa ao banheiro ou do uso de aparadeiras e urinóis;
3. Quanto à disposição e disponibilidade de recursos materiais que auxiliam no cuidado da preservação e promoção da continência urinária da pessoa idosa durante a internação;
4. Quanto à avaliação e estímulo da equipe de enfermagem possibilidade da pessoa idosa se mobilizar até o banheiro;
5. Quanto à avaliação da equipe de enfermagem com relação à colocação, manutenção e retirada da fralda geriátrica na pessoa idosa;
6. Quanto à avaliação da equipe de enfermagem com relação à colocação, manutenção e retirada do cateter vesical permanente na pessoa idosa;
7. Quanto à avaliação da equipe de enfermagem com relação à possibilidade de uso da cadeira higiênica em pacientes restritos ao leito quando possível;
8. Quanto à avaliação e estímulo da equipe de enfermagem para o uso de aparadeiras e urinóis em detrimento do uso da fralda;
9. Se houve manifestação de preferência da pessoa idosa pelo uso da fralda e porquê.
10. Se houve um maior estímulo ao uso de urinóis em idosos do que de aparadeiras em idosas.
11. Se houve déficit de recursos humanos para atender a demanda de promoção da continência urinária na pessoa idosa.
12. Se houve déficit de recursos materiais para atender a demanda de promoção da continência urinária na pessoa idosa.
13. Se existiu alguma articulação da enfermeira com a equipe multiprofissional em prol dos cuidados com a promoção da continência do paciente idoso durante a internação.

APÊNDICE C

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

1. **Idade:** () Menor de 25 anos () De 26 a 30 anos () De 31 a 35 anos
() De 36 a 40 anos () De 41 a 45 anos () 46 a 50 anos () Mais de 51 anos

2. **Sexo:** () Feminino () Masculino

3. Profissão:

() Enfermeiro (a) () Técnico (a) de enfermagem

() Possui Especialização? _____ Qual área? _____

4. **Tempo de formado:** () Menos de 2 anos () De 2 a 5 anos () De 5 a 10 anos
() De 10 a 15 anos () Mais de 15 anos

5. **Tempo de atuação nesta unidade:** () Menos de 2 anos () De 2 a 5 anos
() De 5 a 10 anos () De 10 a 15 anos () Mais de 15 anos

6. **Já participou de alguma capacitação, palestra ou curso sobre incontinência urinária na pessoa idosa?** () sim () não

Qual? _____

APÊNDICE D

ROTEIRO DAS OFICINAS DE GRUPO FOCAL COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM

ENCONTRO 01 (Mesma proposta para os grupos 1 e 2)

- 1- Apresentação da proposta pela moderadora, assinatura do TCLE, preenchimento da ficha de caracterização dos participantes e colocação dos crachás de identificação por cores em cada participante do grupo (tempo estimado de 10 minutos);
- 2- Dinâmica de abertura, apresentação dos participantes e organizadores do grupo, apresentação da teoria de *Avedis Donabedian* e objetivos da pesquisa (cerca de 10 minutos);
- 3- Apresentação de situação problema pela moderadora sobre a continência urinária na pessoa idosa hospitalizada para incitar discussão inicial (cerca de 5 minutos)

Disparo de questão norteadora da discussão do dia:

- ❖ **Quais os fatores da hospitalização, abrangendo tanto a estrutura como o processo de cuidado vocês acreditam que influenciam na continência urinária da pessoa idosa?** (Tempo máximo estimado de 50 minutos para discutir a questão)
- 4- Momento de interação entre os participantes com lanche e música relaxante ofertados pelos organizadores da oficina para encerramento deste encontro (tempo estimado de 15 minutos)

Tempo máximo estimado de 90 minutos para o encontro.

ENCONTRO 02 (Mesma proposta para os grupos 1 e 2)

- 1- Abertura do encontro com boas vindas ao grupo, entrega novamente dos mesmos crachás de identificação utilizados no encontro anterior e levantamento dos principais pontos discutidos na reunião anterior com o grupo (cerca de 10 min)
- 2- Disparo de primeira questão norteadora do encontro a partir dos pontos discutidos na reunião anterior:
 - ❖ **Quais intervenções de enfermagem vocês acreditam que possa prevenir o surgimento da IU em pessoas idosas hospitalizadas ou reabilitar aquelas que já se internam com o problema?** (Tempo estimado de 30 minutos para discussão).

- 3- Apresentação de segunda situação problema rememorando todos os fatores levantados por eles que dificultam o cuidado para promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas e disparo da segunda questão para discussão (tempo estimado de 10 minutos)

❖ Quais medidas vocês acreditam que poderiam ser adotadas para amenizar o problema ou estimular o cuidado da equipe de enfermagem para promoção da continência urinária de pessoas idosas hospitalizadas diante de todos os fatores aqui levantados? (Tempo estimado de 30 minutos)
- 4- Momento de interação entre os participantes e agradecimento da pesquisadora com lanche e música relaxante para encerramento do encontro (tempo estimado de 10 minutos)

Tempo máximo estimado de 90 minutos para o encontro.

ANEXO- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO A PESSOA IDOSA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO E TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO

Pesquisador: Larissa Chaves Pedreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87976818.6.3001.0049

Instituição Proponente: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.100.756

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para solicitar:

1) Inclusão do Hospital Geral Roberto Santos como mais um campo de coleta de dados. Segundo a equipe de pesquisa, "Tal inclusão se justifica pelas discussões do projeto com a orientadora e grupo de pesquisa (NESPI), onde se percebeu a necessidade de ampliação da coleta para outros hospitais de Salvador".

2) Mudança na metodologia com acréscimo de dois formulários para coleta de dados em formato de Grupo Focal e em Técnica de Associação Livre de Palavras (Formulários em Apêndice) que será realizado no HUPES. Segundo a equipe de pesquisa, "A mudança na forma de coleta de dados se justifica pela necessidade de adequação da coleta para o alcance dos objetivos da pesquisa. Esta mudança foi discutida junto com a orientadora e o grupo de pesquisa (NESPI);

3) Inclusão de pesquisadores:

a) Claudia Silva Marinho Antunes Barros, <http://lattes.cnpq.br/8524191035064103>

b) Éverton Nascimento Fraga, <http://lattes.cnpq.br/8273076159001120>

c) Levi Moura Santos, <http://lattes.cnpq.br/3538818565796448>

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



Continuação do Parecer: 3.100.756

- d) Rute dos Santos Sampaio, <http://lattes.cnpq.br/6854883542099610>
- e) Aline Cristiane de Souza Aguiar, <http://lattes.cnpq.br/4335848458075642>
- f) Fernanda Cajuhy dos Santos, <http://lattes.cnpq.br/7040856043576227>
- g) Larissa de Melo Marques, <http://lattes.cnpq.br/8773729290895879>
- h) Juliana Vieira dos Santos, <http://lattes.cnpq.br/0880355222825176>
- i) Alana Borges dos Santos, <http://lattes.cnpq.br/6410356426752449>

Objetivo da Pesquisa:

Vide item Apresentação do Projeto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A inclusão de "dois formulários para coleta de dados em formato de Grupo Focal e em Técnica de Associação Livre de Palavras" deverá aumentar o tempo da entrevista. No TCLE aprovado em parecer anterior está escrito que "o sr(a) será convidado para uma entrevista, a qual será gravada, se assim permitir" e "Na entrevista, faremos algumas perguntas que levaremos prontas, direcionadas a sua adaptação no domicílio após internamento na UTI e alta hospitalar. As perguntas, bem como as suas respostas, serão gravadas e depois vamos repassar para forma escrita para podermos estudá-las. Esta entrevista tem a programação de ser em torno de uma hora, mas pode ser interrompida a qualquer momento e, se o senhor (a) desejar estender, será possível". Os riscos elencados foram de que "o (a) sr(a) poderá se sentir desconfortável ao relembrar o período da hospitalização ou incomodado com o gravador".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda solicita inclusão de pesquisadores e do HGRS como novo centro participante do protocolo. Apresenta carta de anuência do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os detalhes da emenda foram apresentados no documento intitulado Formulario_HUPES_timbrado.pdf. "Em anexo está descrito o grupo focal e a Técnica de Associação de Palavras em formulário timbrado do HUPES conforme exigido pela instituição".

Carta de Anuência do HGRS assinada pelo Diretor Médico Dr. Andre Rodrigues Durães, em 28 de novembro de 2018.

Recomendações:

Vide Conclusões.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	
Bairro: Canela	CEP: 40.110-060
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140
	E-mail: cep.hupes@gmail.com

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



Continuação do Parecer: 3.100.756

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este parecerista considera que a inclusão dos dois instrumentos propostos pela emenda podem aumentar o tempo de aplicação, podendo gerar risco de desconforto, especialmente tratando-se de idosos. Contudo, o TCLE já explicita este risco e a forma de minimizá-lo. Desta maneira, opto pela aprovação da emenda, sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____ / ____ / ____ e ao término do estudo.

Situação: Emenda Aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@gmail.com

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



Continuação do Parecer: 3.100.756

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Emenda_HGRS_e_HUPES.pdf	15/11/2018 11:44:38	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	Formulario_HUPES_Timbrado.pdf	15/11/2018 11:43:35	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	carta_anuencia_HGRS.pdf	15/11/2018 11:40:57	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	termo_compromisso_HSI.pdf	15/10/2018 14:09:34	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	parecer_tecnico_guanambi.pdf	25/09/2018 20:52:57	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	carta_liberacao_setor_HSI.pdf	25/09/2018 20:50:53	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	carta_anuencia_hospital_alianca.pdf	25/09/2018 20:38:21	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	carta_anuencia_uneb.pdf	25/09/2018 20:36:46	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	carta_anuencia_hospital_santa_izabel.pdf	25/09/2018 20:34:45	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	carta_anuencia_guanambi.pdf	25/09/2018 20:32:59	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	Emenda_projeto_matriz.pdf	25/09/2018 20:30:29	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	EMENDA.pdf	12/07/2018 10:58:31	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMODIFICADO.pdf	04/06/2018 08:32:28	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2REFEITO.pdf	04/06/2018 08:31:53	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	cartaaorelator.pdf	04/06/2018 08:29:32	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	cronogramarevisado.pdf	19/04/2018 11:07:06	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	justificativadetermodeconcessao.pdf	19/04/2018 11:05:18	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Outros	15apendices.pdf	18/04/2018 21:56:21	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	12brochuraprojetocompleto.pdf	18/04/2018 21:54:32	Larissa Chaves Pedreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13tcleenfermeira.pdf	18/04/2018 21:31:23	Larissa Chaves Pedreira	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



Continuação do Parecer: 3.100.756

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 21 de Dezembro de 2018

Assinado por:

NEY CRISTIAN AMARAL BOA SORTE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com