

Uso de Fralda Geriátrica em Hospitais: Solução ou Problema?

Use of Geriatric Diaper in Hospitals: Solution or Problem?

Uso del Pañal Geriátrico en Hospitales: Solución o Problema?

Melissa Orlandi Honório Locks¹, Silvia Maria Azevedo dos Santos²

RESUMO

A incontinência urinária vem se mostrando um grande desafio de cuidado não só pela complexidade envolvida entre diagnóstico e tratamento, mas sobretudo pelos importantes impactos gerados à pessoa incontinente. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e descritiva que teve como objetivo identificar as estratégias de assistência e educação em saúde utilizadas pelas equipes de enfermagem no cuidado a mulheres idosas com incontinência urinária hospitalizadas nas unidades de clínica médica de dois hospitais públicos de Florianópolis, Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a março de 2011 e se deu através de entrevistas semiestruturadas realizadas com nove enfermeiros das unidades de clínica médica das duas instituições pesquisadas. A análise dos dados se deu à luz da análise temática. Como resultado, constatou-se que o uso de fralda geriátrica é a estratégia mais utilizada para conduzir esse problema. Além disso, foi verificado que ainda existe tabu em falar sobre a incontinência urinária, a qual é vista por algumas idosas, e até mesmo pelos profissionais da saúde, como algo inerente ao processo de envelhecimento e sem possibilidades terapêuticas. Acredita-se que a capacitação dos profissionais na área da geriatria e gerontologia, em que a incontinência urinária é considerada um dos cinco gigantes, seja o caminho para que os profissionais de saúde consigam abordar o assunto de forma natural, e que isso propicie a abertura por parte dos pacientes.

DESCRIPTORIOS: Incontinência urinária. Idoso. Hospitalização.

ABSTRACT

Urinary incontinence has proved to be a great challenge to care, not only for the complexity involved in diagnosis and treatment, but for particularly important impacts generated by the incontinent person. This is a descriptive, qualitative approach research aimed to identify strategies for health education and care used by nursing staff in the care of older women with urinary incontinence hospitalized in clinical units of two public hospitals in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Data collection occurred through semi-structured interviews performed with nurses from the clinical units of both researched institutions. As a result, it was found that the use of geriatric diaper is the strategy most commonly used by the nursing staff in order to face this problem. Furthermore, it was verified that there are still some taboos concerning urinary incontinence, as it is considered, by some elderly and even health professionals, as something inherent to the aging process and without any therapeutic possibilities. It is believed that the training of professionals in the field of geriatrics and gerontology, in which urinary incontinence is considered one of the five giants, is a way so that health professionals will be able to approach the subject in a natural way, fostering openness to patients.

DESCRIPTORS: Urinary incontinence. Aged. Hospitalization.

¹Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora da Graduação em Enfermagem da UFSC – Florianópolis (SC), Brasil. Endereço para correspondência: Rua Desembargador Pedro Silva, 1952, torre 2, apartamento 402 – Coqueiros – CEP: 88080-700 – Florianópolis (SC), Brasil – E-mail: melhonorio@hotmail.com

²Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

Artigo recebido em: 03/10/2014 – Aceito para publicação em: 16/12/2014

RESUMEN

La incontinencia urinaria ha demostrado ser un gran desafío a la atención no sólo por la complejidad implicada entre el diagnóstico y el tratamiento, pero particularmente por los importantes impactos generados por la persona incontinente. Se trata de una investigación de abordaje cualitativa y descriptivo y su objetivo fue identificar las estrategias de educación para la salud y el cuidado utilizado por el equipo de enfermería en el cuidado de las mujeres ancianas con incontinencia urinaria hospitalizadas en unidades de clínica médica de dos hospitales públicos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. La obtención de datos se dio a través de entrevistas semiestructuradas realizadas con los profesionales enfermeros de las unidades de clínica médica de ambas instituciones investigadas. Como resultado, se constató que el uso del pañal geriátrico es la estrategia más utilizada por el equipo de enfermería para enfrentar este problema. Además, fue verificado que existen tabúes para hablar sobre la incontinencia urinaria, siendo considerada por algunas ancianas y hasta por los profesionales de la salud como algo inherente al proceso de envejecimiento y sin posibilidades terapéuticas. Se cree que la formación de profesionales en el campo de la geriatría y gerontología, en que la incontinencia urinaria es considerado uno de los cinco gigantes, es la forma en que los profesionales de la salud puedan abordar el tema de una manera natural, y fomenta la apertura por los pacientes.

DESCRIPTORES: Incontinencia urinaria. Anciano. Hospitalización.

INTRODUÇÃO

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

Os significados das implicações transcendem a questão da perda de controle ou do inconveniente físico que afeta o bem-estar emocional, psicológico e social. A perda urinária acaba conotando algo proibido, com sentimento de exposição, semelhantes à obscenidade, o que acaba diminuindo o convívio social e a interação com as pessoas¹.

Associa-se a isso o fato de que muitos idosos com IU passam anos com o problema sem falar para algum familiar, ou mesmo profissional da saúde, uma vez que as perdas urinárias acabam sendo naturalizadas e inseridas como algo pertencente ao cotidiano dessas pessoas². Para as mulheres, culturalmente falando, a IU faz parte do processo de envelhecimento, sobretudo após o climatério, sendo considerado “normal” que elas apresentem algum tipo de perda urinária na sua velhice³.

O papel da equipe de saúde, nesse ínterim, torna-se fundamental, cabendo a esses profissionais o desafio de desmistificar o problema e se instrumentalizar de modo a prestar a assistência mais adequada em cada situação. Considerando tais apontamentos, infere-se que a equipe de enfermagem, por estar diretamente envolvida nos cuidados ao paciente idoso durante

a sua permanência hospitalar, deva estar preparada e capacitada para atender às demandas de cuidado de forma segura e efetiva. Esse é um problema que encontra altos índices de prevalência na população em geral e que pode chegar a 32,9% entre as mulheres e 6,2% entre os homens⁴. Essa realidade se mostra ainda mais intensificada quando nos reportamos a estudos que avaliam pacientes hospitalizados. Corroborando essa informação, dados levantados com idosos institucionalizados mostraram que a prevalência de IU foi de 57%, havendo correlação entre IU e imobilidade, chegando a 95% dos casos⁵.

OBJETIVO

Identificar as estratégias de assistência e educação em saúde utilizadas pelas equipes de enfermagem no cuidado a idosos com IU hospitalizados nas unidades de clínica médica de dois hospitais públicos de Florianópolis, Santa Catarina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa descritiva. A pesquisa ocorreu nas unidades de clínica médica de duas instituições hospitalares públicas, em Florianópolis, Santa Catarina. A coleta dos dados ocorreu através da aplicação de uma entrevista com perguntas semiestructuradas com nove enfermeiros integrantes das equipes das clínicas médicas dos hospitais envolvidos na pesquisa no período de fevereiro a março de 2011.

Os enfermeiros foram convidados de forma aleatória a participar da entrevista e, em caso de aceite, houve a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos. As entrevistas ocorreram em dias e horários escolhidos pelos enfermeiros, sendo gravadas e transcritas para posterior análise. As falas utilizadas no texto foram identificadas por números, garantindo o sigilo e anonimato dos participantes.

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

A análise dos dados emergidos das entrevistas com os enfermeiros foi realizada à luz da análise temática⁶, sendo essa dividida em cinco etapas:

1. leitura flutuante de todas as entrevistas transcritas para primeira aproximação com as ideias surgidas;
2. constituição do *corpus documental* a partir dos destaques nas falas transcritas do próprio texto;
3. releitura para identificação das unidades de registros e delimitação do contexto;
4. codificação, classificação e definição das categorias; e
5. interpretação do significado dos dados.

Esse é um processo dinâmico que se repete inúmeras vezes ao longo da análise dos dados à medida em que o pesquisador vai depurando seu processo de análise e de interpretação dos mesmos.

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

RESULTADOS

A partir da análise dos dados surgiram dois temas que serão apresentados a seguir, sendo eles: “Fralda geriátrica: solução ou problema?” e “Incontinência urinária como um tabu a ser vencido”.

Fralda geriátrica: solução ou problema?

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

Especificamente neste estudo, os relatos dos próprios enfermeiros apresentam um panorama de como ocorrem essas ações no ambiente hospitalar das instituições envolvidas na pesquisa. Em alguns relatos percebe-se que a escolha do uso da fralda é secundária, tentando-se primeiramente outras alternativas, dentre as quais, por exemplo, o uso de comadres, como pode ser verificado no depoimento a seguir:

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

Sabe-se que o uso da fralda geriátrica de forma aleatória e desnecessária, de certa forma, coloca em risco a dignidade do ser envelhecido; 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 dos pacientes 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.

Esse aspecto também foi observado e relatado por uma das informantes do estudo, como se observa a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

Mas eu observo que às vezes o funcionário não quer levar, prefere botar fralda: Por que a senhora já não bota a fralda

se já sabe que não vai dar tempo de chegar no banheiro, se já sabe que a noite é longa? Às vezes não quer chamar, melhor já botar a fralda pra dormir (E9).

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

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

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

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

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

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

[...] aqui a gente já tem essa mentalidade de tirar a sonda o mais cedo possível, de deixar o paciente com cateterismo

intermitente se for o caso [...]. E a gente tem bem essa preocupação: “não, a sonda em último caso”[...]. A gente vê se o paciente tem eliminação espontânea... então a gente tem bem essa preocupação [...] (E1).

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

Sempre quando precisa trocar fralda é feita a troca, é claro que a gente tem as trocas fixas, mas se o paciente avisar, ou o acompanhante, que o paciente está urinado a gente troca imediatamente. Não aguarda horário (E7).

Esses cuidados específicos com a pele do idoso e o levantamento das necessidades de cuidado são facilitados quanto se tem uma metodologia de assistência bem implementada, uma vez que ela proporciona ao enfermeiro ferramentas de cuidado, propiciando uma melhora na qualidade da assistência baseada nas reais necessidades do paciente idoso. Especificamente quando se aborda o assunto IU, ainda existe uma série de restrições que cercam o tema, cabendo à enfermagem saber lidar com o tema de forma empática e respeitosa, considerando os tabus existentes acerca do assunto, seja com o paciente, com a família e mesmo com a própria equipe de enfermagem.

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

Incontinência urinária como um tabu a ser vencido

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

Uma das informantes deste estudo também observou essa ausência de informação por parte das idosas, como pode ser verificado em parte de seu discurso:

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

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

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

Frente a isso, pode-se perceber o quanto esses profissionais possuem dificuldades para abordar o problema com os pacientes, seja durante as consultas ou até mesmo durante o processo de hospitalização. Nem sempre isso acaba ocorrendo no momento da internação, sendo um processo gradativo durante o tempo de hospitalização, o que pode ser observado nos relatos a seguir.

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

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

O incentivo da manutenção da continência no ambiente hospitalar deve ser entendido como uma prática importante e necessária. A colocação da fralda, de certo modo, estaria agravando não só as condições de integridade cutâneo-mucosa, como também a própria função vesical. Além das questões fisiológicas envolvidas na colocação desnecessária da fralda, essa atitude também traz consigo outra realidade, talvez ainda mais impactante: a perda de autonomia e de dignidade decorrentes do descontrole esfinteriano. Isso porque o idoso hospitalizado acaba ficando exposto a diversas facetas da vulnerabilidade, sejam elas biológicas, sociais, culturais ou mesmo econômicas.

Inferir-se, assim, que o cuidado voltado à pessoa idosa seja feito de forma integralizada e sensível, observando e respeitando as especificidades existentes, atentando para a

individualidade de cada pessoa, além de respeitar sua autonomia e usar estratégias que visem minimizar sua dependência⁷.

Salienta-se que o próprio cotidiano das instituições hospitalares acaba por tornar a atuação profissional massificada, favorecendo a despersonalização do ser humano, o que, por conseguinte, põe em risco a manutenção de sua dignidade⁸.

Frente a esse relatos é importante refletir sobre as alternativas de cuidado que de um lado favoreçam a dinâmica da unidade e de outro possibilitem a manutenção da função esfinteriana. Como possibilidades estratégicas, pode-se inserir no plano de cuidados a implementação de micções programadas, em que o idoso pode ser estimulado a ir ao banheiro em períodos pré-programados e não apenas no momento em que sente vontade urgente de urinar, o que favoreceria as perdas⁹. Dessa forma, estar-se-ia contribuindo para um “re treinamento” da bexiga. A colocação de um relógio dentro de cada quarto, com números grandes e visíveis, poderia auxiliar, assim como a inserção dessa medida no aprazamento da própria prescrição de enfermagem como um cuidado a ser realizado.

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

Independentemente das ações a serem assumidas nesse processo, torna-se inaceitável que a colocação da fralda tenha sua justificativa pautada na questão tempo, quadro de pessoal ou mesmo falta de acompanhante. Especificamente sobre o papel do acompanhante, é importante que as equipes tenham consciência de que eles não devem ser vistos como integrantes da equipe, ou mesmo como complementação do déficit do quadro de pessoal; devem, sim, estar presentes, oferecendo apoio emocional ao paciente e sendo preparados para reproduzir os cuidados em domicílio quando por ocasião da alta¹⁰.

Nos casos específicos da pessoa idosa, infere-se que o cuidado deva estar cada vez mais voltado às suas necessidades específicas, sendo relevante levar em conta a sua avaliação sobre a própria saúde e qualidade de vida¹¹.

Considerando essa realidade, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pode ser considerada uma ferramenta de trabalho que instrumentaliza o enfermeiro e o torna capaz de aplicar seus conhecimentos, além conquistar o reconhecimento pela qualidade do cuidado prestado ao paciente¹².

Entretanto, tem-se como agravante o fato de que muitos idosos não percebem a IU como um problema, acabando, em função disto, considerando-a normal e não buscando ajuda. Ainda, é notória a dificuldade sentida por alguns profissionais em adentrar o assunto e levantar aspectos específicos sobre o problema¹.

Em um estudo realizado com mulheres¹³, constatou-se que a maioria delas tinha queixas urinárias há mais de cinco anos, porém só buscaram por tratamento de um a cinco anos após o início dos sintomas.

Além da vergonha de falar sobre o assunto, outros aspectos podem interferir na verbalização do problema. Em pesquisa realizada com 35 mulheres incontinentes, o fato do médico não achar necessário, achar normal perder urina e não ter tempo, ou não achar importante o problema foram as justificativas verbalizadas para a não procura por tratamento¹⁴.

Assim, cabe a reflexão acerca do papel do profissional de saúde diante dessa realidade. Nesse sentido, a empatia, o acolhimento e o vínculo se tornam peças fundamentais no cuidado, pois uma vez estabelecida uma relação de confiança, ambos os atores desse processo conseguem, de forma mais natural, abordar o assunto⁹.

A integração e a participação efetiva do paciente hospitalizado, sobretudo ao idoso nas questões que envolvem o seu cuidado, implicam em mudanças sociais, estruturais e de relações de poder estabelecidas nas instituições de saúde a partir do momento da hospitalização. O idoso, quando adentra o ambiente hospitalar, traz consigo suas características prévias, as quais necessitam ser respeitadas e preservadas⁸.

CONCLUSÃO

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

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

Por outro lado, não se pode desconsiderar a dificuldade dos pacientes em falar sobre o assunto, o que provavelmente ocorra em função do sentimento de vergonha, de constrangimento

e até mesmo pelo estigma social, uma vez que o esperado de um adulto é o controle esfinteriano. Percebeu-se, assim, que o tabu e o preconceito em falar sobre a IU ainda são uma realidade no ambiente hospitalar. Acredita-se que a capacitação dos profissionais seja o caminho para que os mesmos consigam abordar o assunto de forma natural, e que isso propicie a abertura por parte dos pacientes.

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Higa R, Rovorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHM, Turato ER. Vivências de mulheres brasileiras com incontinência urinária. *Texto Contexto - Enferm.* 2010;19(4):627-35.
2. Honório MO, Santos SMA. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(1):51-6.
3. Menezes GMD, Pinto FJ, Silva FAA, Castro ME, Medeiros CRB. Queixa de perda urinária: um problema silente pelas mulheres. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(1):100-8.
4. Santos CRS, Santos VLCC. Prevalência de incontinência urinária em amostra randomizada da população urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(5):903-10.
5. Busato Junior WFS, Mendes FM. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: relação com mobilidade e função cognitiva. *Arq Catarin Med.* 2007;36(4):49-55.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2004.
7. Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. *Esc Anna Nery.* 2010;14(4):697-704.
8. Carreta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(5):958-62.
9. Honório MO, Santos SMA. A rede de apoio ao paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. *Rev Enferm UERJ.* 2010;18(3):383-8.
10. Vieira GB, Alavrez AM, Girondi JBR. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Rev Eletrônica Enferm.* 2011;13(1):78-89.
11. Filgueiras MC, Santiago FR, Santiago HAR, Vieira LJES. Fraturas em idosos decorrentes de quedas registradas em hospital terciário de referência em traumatologia no ano de 2004. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2007;20(4):226-32.
12. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4):953-8.
13. Borba AMC, Lelis MAS, Brêtas ACP. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(3):527-35.
14. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência urinária em mulheres: razão pela não procura do tratamento. *Rev Esc Enf USP.* 2009;43(1):72-8.