



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

Camila Vasconcelos Teixeira

**ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM PESSOAS
IDOSAS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM: ESTUDO SECCIONAL E DE
REPRESENTAÇÃO SOCIAL**

Juiz de Fora
2018

Camila Vasconcelos Teixeira

**ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM PESSOAS
IDOSAS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM: ESTUDO SECCIONAL E DE
REPRESENTAÇÃO SOCIAL**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, para a fase de qualificação do anteprojeto.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem (TECCSE) na linha “Processo do Envelhecimento no *Continuum* do Desenvolvimento Humano” e “Cultura e Comunicação em Saúde e em enfermagem”

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

**Juiz de Fora
2018**

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

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Teixeira, Camila Vasconcelos.

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM PESSOAS
IDOSAS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM:
ESTUDO SECCIONAL E DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL / Camila
Vasconcelos Teixeira. -- 2016.

207 p.

Orientador: Cristina Arreguy-Sena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Incontinência Anal. 2. Constipação Intestinal. 3. Incontinência
Urinária. 4. Retenção urinária. 5. Enfermagem Geriátrica. I. Arreguy
Sena, Cristina, orient. II. Título.

Investigação desenvolvida no Núcleo de pesquisa **“Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem” – TECCSE – UFJF** e inserida na linha **“Inovações Científicas e Tecnológicas em Saúde e em Enfermagem e no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem da Facenf**, inserida na linha **“Tecnologia e Comunicação no cuidado em saúde e Enfermagem”**.

Cabe mencionar que esta investigação é parte da pesquisa intitulada: **“Vulnerabilidade decorrentes do processo de envelhecimento: diagnóstico situacional para demandas de cuidados de enfermagem na atenção primária à saúde” e “Eliminações intestinais e urinárias em idosos abordados em domicílio: diagnósticos de enfermagem, perfil de eliminações e fatores relacionados”**.

A realização desta pesquisa contou com o apoio financeiro na modalidade de bolsa disponibilizada pela Universidade Federal de Juiz de Fora no período correspondente a Abril 2017 a Março 2018 e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de Abril a Julho 2018.



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



ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM PESSOAS IDOSAS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: ESTUDO SECCIONAL E DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Camila Vasconcelos Teixeira- MATRÍCULA: 102320112

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, referente ao relatório final de defesa.

Aprovado em: 16 de Julho 2018

BANCA EXAMINADORA

<p>Profª Drª Cristina Arreguy-Sena– Orientadora e presidente da Banca Universidade Federal de Juiz de Fora- Facenf</p>	
<p>Prof Dr Marco Antônio Gomes Brandão – 1ª Avaliador Universidade Federal do Rio de Janeiro</p>	
<p>Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto- 2ª Avaliador Universidade Federal de Juiz de Fora- Faefid</p>	
<p>Profª Drª Luciene Muniz Braga – Suplente externa Universidade Federal de Viçosa</p>	
<p>Profª Drª Elenir Pereira Paiva – Suplente externa Universidade Federal de Juiz de Fora - Facenf</p>	

*A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.
(Arthur Schopenhauer).*

AGRADECIMENTOS

Acredito que uma das tarefas mais nobres do homem é poder agradecer. Por isso, reconhecendo que meu crescimento e formação é proveniente da contribuição das pessoas do meu convívio, disponho-me deste espaço para prestar minha gratidão.

Agradeço a Deus por ser minha fonte inesgotável de amor, pela sabedoria e por sempre cuidar de mim. A Ele toda glória e louvor.

Aos meus pais, Valtair e Vânia, pelo amor, esforço e dedicação para comigo e meu irmão, proporcionando-nos tudo que é necessário para nosso êxito e felicidade e muitas das vezes abdicando de seus sonhos a favor dos nossos. Vocês são meu porto seguro!

Ao meu irmão Matheus, o presente que ganhei aos meus 5 anos de idade, agradeço pelo companheirismo e apoio.

Ao Rock, meu amor, pelo exemplo de determinação, por ser meu companheiro de todas as horas e por me fazer acreditar que tudo é possível.

Sou grata a toda a minha família pela união e carinho.

Agradeço às minhas primas, amigas de infância e da faculdade, que sempre torceram por mim, pelos momentos de alegria, companheirismo, compreensão e, acima de tudo, pela amizade.

Às meninas do grupo de pesquisa TECCSE-UFJF, em especial a Sylvinha, minha querida dupla, por dividir comigo de forma tão sublime essa trajetória e ser minha companheira de todos os momentos sem medir esforços.

Agradeço à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada pela diretor, Prof Dr. Marcelo Silva Alves, e pela coordenadora do mestrado, Profª Dra. Nádia Sanhudo, pela atenção e oportunidade.

À banca examinadora da fase de análise do projeto representada pela Profª Dra. Cristina Arreguy-Sena, Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto, Ma. Monalisa e Ma. Nathália Alvarenga Martins, à banca de qualificação representada por Profª Dra. Luciene Muniz Braga; Profª Dra. Hérica Silva Dutra; Profª Dra. Ana Paula Barbosa Sobral e Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto e à banca de defesa Prof Dr. Marco Antônio Gomes Brandão, Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto, Profª Dra. Luciene Muniz Braga e Profª Dra. Elenir Pereira de Paiva pela disponibilidade e pela contribuição no meu crescimento enquanto mestranda.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Sou grata à Professora Doutora Cristina Arreguy-Sena por me aceitar em seu grupo de pesquisa desde o sexto período da faculdade, por acreditar em mim e pela contribuição não somente profissional mas em todas as dimensões da minha vida.

Sua presença em minha caminhada se expressa mais do que uma professora na qual me inspiro. Obrigada por toda atenção, cuidado, disponibilidade, paciência e carinho!!

Ao Paulo, seu esposo, uma das pessoas que confirmaram em mim a escolha de pesquisar sobre o envelhecimento. Aos seus filhos, André e Lorraine, por dividirem comigo o precioso tempo de sua mãe.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação às pessoas idosas, principalmente àquelas que participaram da presente investigação e me proporcionaram além dos conhecimentos oriundos de uma pesquisa científica, me fizeram uma pessoa mais sensível e compreensível.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo da transição demográfica com cinco fases, Juiz de Fora, 2018.	33
Figura 2	Esquema das principais síndromes geriátricas, Juiz de Fora, 2018.	42
Figura 3	Esquema ilustrativo sobre o esfíncter intestinal externo (à esquerda) e estruturas musculares do intestino (à direita). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018.	50
Figura 4	Esquema ilustrativo da influência da posição para evacuar sobre as eliminações intestinais. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018	53
Figura 5	Esquema ilustrativo das estruturas e inervação que subsidiam a compreensão da fisiologia da micção, Juiz de Fora, 2018.	54
Figura 6	Etapas do processo de enfermagem, Juiz de Fora, 2018.	59
Figura 7	Esquema ilustrativo da analogia entre os tipos de diagnósticos segundo a taxonomia da NANDA I e a estrutura de um trem, Juiz de Fora, 2018.	63
Figura 8	As taxonomias NANDA I, NIC, NOC suas concepções e implicações para o processo de tomada de decisão, Juiz de Fora, 2018.	65
Figura 9	Esquema ilustrativo sobre o arcabouço conceitual da Teoria de Madeleine M. Leininger, Juiz de Fora, 2018.	67
Figura 10	Esquema ilustrativo sobre o arcabouço conceitual da Teoria Betty Neuman, Juiz de Fora, 2018.	70
Figura 11	Mapa Imagético contendo os constructos teóricos e filosóficos utilizados na presente investigação, Juiz de Fora, 2018.	77
Figura 12	Representação esquemática dos componentes das abordagens qualitativas e quantitativas, Juiz de Fora, 2018.	78
Figura 13	Fluxo de participação das pessoas idosas, Juiz de Fora, 2018.	80
Figura 14	Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “segurar/adiar cocô/fezes”, Juiz de Fora, 2018.	104
Figura 15	Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “perder fezes/perder coco”, Juiz de Fora, 2018.	109
Figura 16	Dendograma das categorias obtidas a partir das dimensões representacionais sobre incontinência anal (n=50), Juiz de Fora, 2018.	111
Figura 17	Dendograma contendo a origem dos conteúdos simbólicos de pessoas idosas sobre incontinência anal (n=50), Juiz de Fora, 2018.	115

Figura 18	Representação simbólica por dendograma e gráfico de círculo das categorias obtidas pela reunião das dimensões representacionais com a origem das representações simbólicas de pessoas idosas sobre incontinência anal (n=50), Juiz de Fora, 2018.	116
Figura 19	Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Dificuldade para fazer cocô/evacuar” (n=186), Juiz de Fora, 2018.	120
Figura 20	Dendograma das categorias obtidas a partir das dimensões representacionais de 50 pessoas idosas sobre constipação intestinal, Juiz de Fora, 2018.	122
Figura 21	Dendograma contendo a origem dos conteúdos simbólicos de pessoas idosas sobre constipação intestinal (n=50), Juiz de Fora, 2018.	126
Figura 22	Representação por dendograma e gráfico de círculo sobre as categorias que retratam como os participantes concebem a constipação intestinal. (n=50), Juiz de Fora, 2018.	127
Figura 23	Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Segurar/adiar xixi/urina” (n= x), Juiz de Fora, 2018.	134
Figura 24	Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Perder xixi/urina” (n= 186), Juiz de Fora, 2018.	141
Figura 25	Dendograma e Gráfico de Círculo sobre dimensões representacionais elaboradas por pessoas idosas sobre incontinência urinária, Juiz de Fora, 2018.	144
Figura 26	Dendograma e Gráfico de Círculo sobre a origem das construções simbólicas elaboradas por pessoas idosas sobre incontinência urinária, Juiz de Fora, 2018.	148
Figura 27	Dendograma e Gráfico de Círculo sobre as dimensões representacionais elaboradas por pessoas idosas sobre incontinência urinária, Juiz de Fora, 2018.	149
Figura 28	Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Dificuldade para fazer xixi” (n= 186), Juiz de Fora, 2018.	153
Figura 29	Dendograma e Gráfico de Círculo sobre dimensões das representações elaboradas por pessoas idosas sobre retenção urinária, Juiz de Fora, 2018.	156
Figura 30	Dendograma e Gráfico de Círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas idosas sobre retenção urinária, Juiz de Fora, 2018.	159
Figura 31	Dendograma e Gráfico de Círculo sobre as dimensões representacionais elaboradas por pessoas idosas sobre Retenção urinária, Juiz de Fora, 2018.	160
Figura 32	Esquema ilustrativo sobre fatores intervenientes sobre o padrão de eliminação intestinal de pessoas idosas, Juiz de Fora, 2018.	164
Figura 33	Fatores que interferem sobre o padrão de eliminação intestinal normal na perspectiva do processo do envelhecimento humano, Juiz de Fora, 2018.	169

- Figura 34** Esquema ilustrativo sobre fatores intervenientes sobre o padrão de eliminação intestinal de pessoas idosas, Juiz de Fora, 2018. 170
- Figura 35** Esquema ilustrativo da ligação entre os Padrão de eliminações intestinais e urinárias e os diagnósticos de enfermagem segunda a NANDA- I á luz da teoria de Neuman. Juiz de Fora, Maio 2018. 173
- Figura 36** Esquema ilustrativo da ligação entre os Padrão de eliminações intestinais e urinárias e os diagnósticos de enfermagem segunda a NANDA- I á luz da teoria de Leininger. Juiz de Fora, Maio 2018. 177

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese da sobrecarga semanal para pessoas idosas segundo dias da semana e avaliação de engajamento para se inserir em atividade física, Juiz de Fora, 2018.	109
Quadro 2	Lista de diagnósticos de enfermagem passíveis de serem incluídos na abordagem do padrão de eliminação intestinal, Juiz de Fora, 2018.	166
Quadro 3	Ligação entre título de diagnósticos que retratam o padrão de eliminação intestinal com intervenções e resultados de enfermagem segundo taxonomias NIC e NOC respectivamente, Juiz de Fora, 2018.	167
Quadro 4	Lista de diagnósticos de enfermagem passíveis de serem incluídos na abordagem do padrão de eliminação urinário, Juiz de Fora, 2018.	171
Quadro 5	Ligação entre título de diagnósticos que retratam o padrão de eliminação urinária com intervenções e resultados de enfermagem segundo taxonomias NIC e NOC respectivamente, Juiz de Fora, 2018.	172

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos 186 participantes segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos, religião, ocupação, tempo de aposentadoria e renda, Juiz de Fora, 2018.	97
Tabela 2	Caracterização dos 186 participantes segundo comorbidades, uso de medicamentos e quedas, Juiz de Fora, 2018.	100
Tabela 3	Caracterização dos 186 participantes segundo a Escala de Bristol, Juiz de Fora, 2018.	103
Tabela 4	Caracterização da cor da urina dos participantes (n=186), Juiz de Fora, 2018.	133
Tabela 5	Caracterização dos 186 participantes segundo tipos de incontinência urinária e compartilhamento do fato com profissional de saúde, Juiz de Fora, 2018.	137
Tabela 6	Escala ICIQ-SF segundo domínio e escore total, Juiz de Fora, 2018.	138
Tabela 7	Escala KHQ segundo domínio e medidas de tendência central e de dispersão, Juiz de Fora, 2018.	140

LISTA DE GRÁFICOS

- | | | |
|------------------|--|----|
| Gráfico 1 | Dendograma contendo todas as dimensões representacionais e a origem das representações simbólicas sobre os padrões de eliminações intestinais e urinárias, Juiz de Fora, 2018. | 91 |
| Gráfico 2 | Gráfico de Círculo retratando a força de ligação entre as dimensões representacionais e a origem das respresentações simbólicas, Juiz de Fora, 2018. | 91 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVDs	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACSM	<i>American College of Sport Medicine</i>
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVDs	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CSEP	<i>Canadian Society for Exercise Physiology</i>
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
FIQL	<i>Fecal Incontinence Quality of Life</i>
IA	Incontinência Anal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIQ-SF	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form</i>
ICS	<i>International Continence Society</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IU	Incontinência Urinária
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária Mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
MMII	Membros inferiores
MTD	Modelo de Transição Demográfica
NA	Não Aplicável
NANDA I	<i>North American Nursing Diagnosis Association- International</i>
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
NNN	NANDA I, NIC, NOC
NOC	<i>Nursing Outcome Classification</i>
ODK	<i>Open Data Kit</i>

OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Representações Coletivas
REFIS	<i>Revised Fecal Incontinence Score</i>
RS	Representação Social
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TALPDI	Técnica de Associação Livre de Palavras Desencadeada por Imagens
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
TECCSE	Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WCRF	<i>World Cancer Research Fund International</i>

SUMÁRIO

	LISTA DE FIGURAS	
	LISTA DE QUADROS	
	LISTA DE TABELAS	
	LISTA DE GRÁFICOS	
	LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1	APRESENTAÇÃO	23
2	INTRODUÇÃO	25
3	OBJETIVOS	30
3.1	OBJETIVOS GERAIS	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3.2	PRESSUPOSTOS	30
3.4	HIPÓTESES	31
4	MARCO TEÓRICO, CONCEITUAL E FILOSÓFICO	32
4.1	SISTEMA DE SAÚDE, REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA, PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO E OS PADRÕES DE ELIMINAÇÕES INTESTINAL E URINÁRIA	32
4.1.1	Sistema de saúde e rede de atenção à pessoa idosa	32
4.1.2	Processo de envelhecimento humano e padrões de eliminações intestinal e urinária	40
4.2	TECNOLOGIAS APLICÁVEIS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E SUA EQUIPE NA APS AO ABORDAR OS PADRÕES DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E URINÁRIA	46
4.2.1	Tecnologias leve-duras sobre incontinência e retenção urinária, incontinência anal e constipação intestinal	48
4.2.2	Tecnologias leve-duras utilizadas para alicerçar a atuação do enfermeiro e sua equipe	57
4.3	ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL E A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL	72
4.4	MAPA CONCEITUAL: A BUSCA PELA ARTICULAÇÃO DE CONCEITOS E CONCEPÇÕES	75
5	MÉTODOS E TÉCNICAS	78
5.1	DELINEAMENTO	78
5.2	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	79
5.3	PARTICIPANTES	79

5.4	INSTRUMENTO, COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS	81
5.4.1	Abordagem exploratória para realização da ambiência e registro do contexto sociocultural	81
5.4.2	Caracterização dos participantes e perfis de eliminações urinárias e intestinais	82
5.4.3	Abordagens estrutural e processual das representações sociais	85
5.4.4	Construção de tecnologia para abordagem de pessoas idosas em domicílio na perspectiva do padrão de eliminação urinário e intestinal utilizando a SAE	92
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	93
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	94
6.1	AMBIÊNCIA NO CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO: ABORDAGEM DOMICILIAR E REGISTRO EM DIÁRIO DE CAMPO	94
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	97
6.3	DO FUNCIONAMENTO INTESTINAL NORMAL AOS MARCADORES DE ALTERAÇÕES: TRIANGULANDO A ESCALA DE BRISTOL COM ABORDAGENS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	103
6.4	DO FUNCIONAMENTO NORMAL DAS ELIMINAÇÕES URINÁRIAS AOS MARCADORES DE ALTERAÇÕES	132
6.5	IMPLICAÇÕES DO PADRÃO INTESTINAL E URINÁRIO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO NEUMEM E LEININGER	163
7	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
8	REFERÊNCIAS	182

ANEXOS E APÊNDICES

Apêndice 1	Instrumento de Coleta de Dados
Apêndice 2	Cronograma
Anexo 1	Escala de Bristol
Anexo 2	Escala KHQ
Anexo 3	Escala ICIQ-SF
Anexo 4	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Anexo 5	Paracer Consubstânciado CEP

ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM PESSOAS IDOSAS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: ESTUDO SECCIONAL E DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Camila Vasconcelos Teixeira

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

TEIXEIRA, Camila Vasconcelos. **ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM PESSOAS IDOSAS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: ESTUDO SECCIONAL E DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL.** [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018, 198 p.

Objetivo: Compreender como os padrões de eliminações intestinais e urinárias se manifestam no contexto do cotidiano de pessoas idosas na perspectiva individual e do grupo socialmente constituído e analisar os padrões de eliminações intestinal e urinária de pessoas idosas abordadas no domicílio e sua implicação para o cuidado de enfermagem. **Métodos:** Pesquisa quantiquantitativa desenvolvida em Minas Gerais de Julho/2017 a Abril de 2018. Etapa qualitativa ancorada na Teoria das Representações Sociais nas abordagens estrutural e processual e etapa quantitativa com estudo seccional. Participaram pessoas com idade ≥ 65 anos abordadas em domicílio definidas por amostra censitária e por tipicidade. Instrumento de coleta de dados contendo: caracterização dos participantes segundo sociodemográfica e padrão de eliminações urinária e fecal, técnica de evocação, entrevista com gravação de áudio e escalas sobre eliminações urinária. Dados tratados com software EVOC 2005 e Nvivo Pro®. **Resultados:** Participaram 186 participantes (abordagem estrutural e seccional) e 50 (processual): mulheres (66,7%), 52,9% com mais de 75 anos (65-97 anos); com companheiro (34,5%), renda familiar ≤ 3 salários mínimos (53,8%), com ≥ 3 filhos (36%); portadores de doenças crônicas (89,2%) em uso de remédio (92,5%) e tendo 1 a 4 anos de escolaridade (51,2%). O padrão de eliminação intestinal foi caracterizado como: trânsito intestinal normal (76,4%); sugestivas de trânsito intestinal lento (19,3%) e de trânsito intestinal rápido (4,3%). Os conteúdos representacionais do ato defecatório expressaram sentimentos negativos, vinculados as condições ambientais e sociais, sendo a constipação considerada uma alteração no organismo, motivadora para medicalização e mediada por hábitos pessoais. Registros de diário de campo corroboraram essas impressões. Abordagem processual do padrão de eliminação intestinal apreendidos pelas categorias: 1) **incontinência anal:** “(Des)controle das evacuações e o banheiro” e “O rastro da incontinência e necessidade de ocultamento/controlado”; 2) **constipação intestinal:** “Estratégias de enfrentamento da Constipação” e “Convivendo com a constipação e compartilhando experiências para superá-la”. A cor da urina permitiu inferir sobre nível de hidratação (urina cor tipos 1 a 3 entre 71% dos participantes). A incontinência urinária (46,8%) impactou sobre a qualidade de vida de mulheres segundo escala KHQ (x%) e escala ICIQ-SF (x%) aplicada a homens e mulheres. Foram categorias obtidas com a abordagem processual: 1) **incontinência urinária:** “(Des)controle urinário, busca pelo banheiro e o convívio com a incontinência” e “Marcas da incontinência urinária decifradas nos outros e conhecimentos populares” e 2) **retenção urinária:** “Não urinar ameaçando à vida e sua percepção a partir de experiências pessoais e familiares” e “Construindo a imagem da retenção a partir das experiências alheias”. Abordagem estrutural corroborou os achados anteriores. **Considerações finais:** Conteúdos representacionais e simbólicos sobre os padrões de eliminações intestinais e urinárias e informações individuais permitiram identificar e compreender estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais e a influência dos componentes culturais de diferentes origens cuja implicação é compatível com a atuação laboral do enfermeiro na atenção primária. Foram contribuições a elaboração de um diagnóstico situacional social e uma releitura dos padrões de eliminação intestinal e urinário nas dimensões social e individual.

Palavras-chave: Incontinência Anal. Constipação intestinal. Incontinência Urinária. Retenção urinária. Enfermagem Geriátrica. Processos de enfermagem.

INTESTINAL AND URINARY ELIMINATIONS IN ELDERLY AND IMPLICATIONS FOR NURSING CARE: SECTIONAL AND SOCIAL REPRESENTATION STUDY

TEIXEIRA, Camila Vasconcelos. **INTESTINAL AND URINARY ELIMINATIONS IN ELDERLY AND IMPLICATIONS FOR NURSING CARE: SECTIONAL AND SOCIAL REPRESENTATION STUDY** [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018, 198 p.

Objective: To understand how the patterns of intestinal and urinary elimination are manifested in the everyday context of elderly individuals from the individual perspective and from the socially constituted group, and to analyze the patterns of intestinal and urinary elimination of elderly people treated at home and their implication for the care of nursing. **Methods:** Quantitative qualitative research developed in Minas Gerais from July / 2017 to April 2018. Qualitative step anchored in the Theory of Social Representations in structural and procedural approaches and quantitative stage with sectional study. Participants were people aged ≥ 65 years and treated at home, defined by census sample and by typicity. Data collection instrument containing: characterization of the participants according to sociodemographic and urinary and fecal elimination patterns, evocation technique, interview with audio recording and scales on urinary eliminations. Data processed with EVOC 2005 and Nvivo Pro® software. **Results:** Participants included 186 participants (structural and sectional approach) and 50 (procedural): women (66.7%), 52.9% over 75 (65-97 years); with partner (34.5%), family income ≤ 3 minimum wages (53.8%), with ≥ 3 children (36%); (89.2%) taking medication (92.5%) and having 1 to 4 years of schooling (51.2%). The intestinal elimination pattern was characterized as: normal intestinal transit (76.4%); suggestive of slow intestinal transit (19.3%) and rapid intestinal transit (4.3%). The representational contents of the defecation act expressed negative feelings, linked to environmental and social conditions, constipation being considered a change in the body, motivating for medicalization and mediated by personal habits. Field journal records corroborated these impressions. Procedural approach of the intestinal elimination pattern seized by the categories: 1) anal incontinence: "(Des) control of bowel movements and the toilet" and "The trace of incontinence and need for concealment / control"; 2) constipation: "Strategies to cope with constipation" and "Living with constipation and sharing experiences to overcome it." The color of the urine allowed to infer on the level of hydration (urine color types 1 to 3 among 71% of the participants). Urinary incontinence (46.8%) had an impact on the quality of life of women according to KHQ (x%) and ICIQ-SF (x%) scale applied to men and women. The following categories were obtained with the procedural approach: 1) urinary incontinence: "(Des) urinary control, bathroom search and conviviality with incontinence" and "Urinary incontinence marks deciphered in others and popular knowledge" and 2) Do not urinate threatening life and your perception from personal and family experiences "and" Building the image of retention from the experiences of others. " Structural approach corroborated previous findings. **Final considerations:** Representational and symbolic contents on the patterns of intestinal and urinary eliminations and individual information allowed to identify and understand intrapersonal, interpersonal and transpersonal stressors and the influence of cultural components of different origins whose implication is compatible with nurses' work performance in primary care. Contributions were made to the elaboration of a social situational diagnosis and a re-reading of the intestinal and urinary elimination patterns in the social and individual dimensions.

keywords: Fecal Incontinence. Constipation. Urinary Incontinence. Urinary Retention. Geriatric Nursing. Nursing Process.

ELIMINACIONES INTESTINALES Y URINARIAS EN PERSONAS MAYORES E IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ESTUDIO SECCIONAL Y DE REPRESENTACIÓN SOCIAL

TEIXEIRA, Camila Vasconcelos. **ELIMINACIONES INTESTINALES Y URINARIAS EN PERSONAS MAYORES E IMPLICACIONES PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ESTUDIO SECCIONAL Y DE REPRESENTATION SOCIALES** [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018, 198 p.

Objetivo: Comprender cómo los patrones de eliminaciones intestinales y urinarias se manifiestan en el contexto del cotidiano de personas mayores en la perspectiva individual y del grupo socialmente constituido y analizar los patrones de eliminaciones intestinal y urinaria de personas ancianas abordadas en el domicilio y su implicación para el cuidado de enfermería. **Métodos:** Investigación cuantitativa desarrollada en Minas Gerais de julio / 2017 a abril de 2018. Etapa cualitativa anclada en la Teoría de las Representaciones Sociales en los abordajes estructural y procesal y etapa cuantitativa con estudio seccional. Participaron personas con edad ≥ 65 años abordadas en domicilio definidas por muestra censal y por tipicidad. - Instrumento de recolección de datos conteniendo: caracterización de los participantes según sociodemográfica y patrón de eliminaciones urinaria y fecal, técnica de evocación, entrevista con grabación de audio y escalas sobre eliminaciones urinarias. Datos tratados con software EVOC 2005 y Nvivo Pro®. **Resultados:** Participaron 186 participantes (enfoque estructural y seccional) y 50 (procesal): mujeres (66,7%), 52,9% con más de 75 años (65-97 años); (34,5%), ingreso familiar ≤ 3 salarios mínimos (53,8%), con ≥ 3 hijos (36%); (89,2%) en uso de remedio (92,5%) y teniendo 1 a 4 años de escolaridad (51,2%). El patrón de eliminación intestinal se caracterizó como: tránsito intestinal normal (76,4%); sugestivas de tránsito intestinal lento (19,3%) y de tránsito intestinal rápido (4,3%). Los contenidos representacionales del acto defecatorio expresaron sentimientos negativos, vinculados a las condiciones ambientales y sociales, siendo el constipación considerada una alteración en el organismo, motivadora para medicalización y mediada por hábitos personales. Los registros de diario de campo corroboraron estas impresiones. En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio. 2) constipación intestinal: "Estrategias de enfrentamiento del estreñimiento" y "Conviviendo con el estreñimiento y compartiendo experiencias para superarla". El color de la orina permitió inferir sobre nivel de hidratación (orina color tipos 1 a 3 entre el 71% de los participantes). La incontinencia urinaria (46,8%) impactó sobre la calidad de vida de las mujeres según la escala KHQ (x%) y la escala ICIQ-SF (x%) aplicada a hombres y mujeres. Se categorías obtuvieron del enfoque de procedimiento: 1) la incontinencia urinaria: "(Un) el control urinario, buscar el baño y salón con incontinencia" y "Marcas de la incontinencia urinaria descifrado en el otro y popular del conocimiento" y 2) la retención urinaria " No orinar amenazando la vida y su percepción a partir de experiencias personales y familiares "y" Construyendo la imagen de la retención a partir de las experiencias ajenas ". El abordaje estructural corroboró los hallazgos anteriores. **Consideraciones finales:** Contenidos representacionales y simbólicos sobre los patrones de eliminaciones intestinales y urinarias e informaciones individuales permitieron identificar y comprender estresores intrapersonales, interpersonales y transpersonales y la influencia de los componentes culturales de diferentes orígenes cuya implicación es compatible con la actuación laboral del enfermero en la atención primaria . Fueron contribuciones la elaboración de un diagnóstico situacional social y una relectura de los patrones de eliminación intestinal y urinaria en las dimensiones social e individual.

Palabras clave: Incontinencia Fecal. Estreñimiento. Incontinencia Urinaria. Retención Urinaria. Enfermería Geriátrica. Procesos de Enfermería.

1 APRESENTAÇÃO

A pessoa idosa sempre chamou minha atenção. Antes mesmo de pensar em ser enfermeira, eu me identificava com as pessoas que se encontram nessa faixa etária. Ficar próxima a elas me fazia bem. Gostava de poder contribuir para que aquele momento da vida fosse menos doloroso, por isso buscava, naquela época, ajudá-las, mobilizando minha vontade de ser útil, disponibilizando-me para ser uma companhia para elas.

Durante as aulas práticas e atividades extracurriculares desenvolvidas no Curso de graduação realizado na Faculdade em Enfermagem, tive a oportunidade de perceber que a população idosa estava muito presente nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nos ambulatórios e nos setores de internação das instituições hospitalares.

Nessa ocasião, minha concepção sobre as pessoas idosas era de fragilidade e carência da disponibilidade daquelas pessoas que lhes eram significativas e a aproximação com essa realidade me motivou optar por essa temática para investigação.

Hoje concebo que as pessoas idosas apresentam em seu cotidiano situações e circunstâncias que as tornam vulneráveis em decorrência das mudanças funcionais e emocionais que vivenciam ao longo do processo de envelhecimento. Este é caracterizado pela progressão de doenças crônicas não transmissíveis, aumento da carga de medicamentos, redução da mobilidade e da autonomia¹.

Outro componente que considero determinante sobre as formas de conceber a pessoa em processo de envelhecimento é o fato de ela, com o aumento da idade, ficar mais sensível aos acontecimentos do cotidiano e nem sempre poder contar com pessoas que possam compreender as peculiaridades por que passa nesse momento de sua vida.

Na busca por aprofundar experiências na área do envelhecimento humano, ingressei em 2014, na condição de acadêmica, no grupo de pesquisa intitulado “Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem” (TECCSE). Atuei como bolsista de projeto de extensão, presente nas reuniões científicas, vinculando-me às linhas do envelhecimento humano e da abordagem cultural.

Particpei também, nesse mesmo ano, do intercâmbio acadêmico estabelecido entre a Universidade Federal de Juiz de Fora e a Universidade de Évora em Portugal. Este país possui uma pirâmide etária diferenciada da apresentada pelo Brasil, fato que me proporcionou vivenciar o contexto de uma população idosa e perceber como aquele país lida culturalmente com o processo de envelhecimento humano.

Em Portugal, tive a chance de participar de um grupo com pesquisadores na Universidade Évora e atuar no campo de investigação que se dedicava ao envelhecimento. Tive oportunidades que me permitiram contextualizar o processo do envelhecimento humano, a saber: 1) participar de atividades de pesquisa no cenário do “Centro dia” com pessoas idosas não institucionalizados e análise dos resultados com apresentação de parte deles no Congresso Internacional de Reabilitação; 2) realizar estágio extracurricular com pessoas idosas institucionalizados e 3) cursar uma disciplina em gerontogeriatría.

Nesse intercâmbio, surgiram algumas questões: o que é passível de ser investigado sobre o envelhecimento na realidade brasileira? O que, na atualidade, constitui lacuna na área do envelhecimento humano e a possibilidade de se pensar a inserção do enfermeiro em um contexto multidisciplinar? O que eu percebi/percebo durante o cuidado de enfermagem como lacuna de conhecimento capaz de ser, mesmo que parcialmente, respondida numa investigação de mestrado?

Entre essas indagações, elegi algumas para meu ingresso no mestrado cujo projeto foi discutido e amadurecido no contexto do grupo de pesquisa TECCSE e que versava sobre o processo do envelhecimento humano e sua aproximação com os padrões de eliminações intestinais e urinárias.

A escolha por essa temática foi devida ao fato de tratar-se de um assunto transversal a todo ser humano, e alterações que surgem com o processo do envelhecimento humano impactam de forma a merecer uma releitura por parte da enfermagem. Trata-se de um evento subnotificado quando alterado ou não possui uma abordagem direcionada por parte dos profissionais generalistas com implicações para a atuação da equipe multidisciplinar na atenção primária à saúde, constituindo assim uma lacuna que me debruço academicamente na modalidade de temática de investigação.

2 INTRODUÇÃO

A transição demográfica desencadeada pelo aumento da expectativa de vida e o declínio da taxa de natalidade, proporcionada pelos desdobramentos educacionais, tecnológicos e científicos, faz do envelhecimento humano uma realidade na maioria das sociedades. Porém, nos países subdesenvolvidos, esta mudança característica da pirâmide etária vem se acentuando rapidamente e não concomitantemente com as melhorias gerais nas condições de vida e adequação de um ambiente social e cultural para a população idosa^{2; 3; 4}.

Em 2017 a população brasileira foi estimada em 207.660.929 habitantes, sendo aproximadamente 30 000 000 consideradas pessoas idosas². Nos países em desenvolvimento como o Brasil, consideram-se como no início do processo de envelhecimento as pessoas com 60 anos ou mais, já nos países desenvolvidos, as de 65 anos ou mais, por consequência do perfil da assistência de saúde recebida, recursos disponíveis e todos os demais âmbitos que asseguram a qualidade de vida, favorecendo a longevidade^{3; 4; 5; 6}.

O envelhecimento populacional traz novas demandas de saúde, e as pessoas idosas, cada vez em maior número, farão um maior e mais prolongado uso do serviço de saúde, tornando-se primordial uma mudança nos locais de atendimentos para que estejam aptos a atender com qualidade esta população. A mudança substancial se faz necessária em todos os níveis de atenção à saúde, com maior ênfase na atenção primária, cenário propício à promoção da saúde, prevenção de agravos e ao norteamento de práticas saudáveis^{3; 7; 8}.

Envelhecer é um processo progressivo, dinâmico e gradual no qual os efeitos indesejáveis podem ser minimizados, por meio do acolhimento de forma individualizada e contextualizada e pela identificação da pessoa idosa vulnerável (aquele que apresenta risco para o declínio funcional) pelos serviços de saúde. Nos atendimentos, deve-se estimular a pessoa idosa a desenvolver as atividades de vida diária (cuidar de si e das coisas que envolvem sua vida), preservando sua autonomia e independência que, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁷, para eles têm maior valor comparado à presença ou ausência de doença orgânica, imprimindo, assim, satisfação e bem-estar^{3; 9; 10}.

O envelhecimento ativo é caracterizado por uma abordagem qualitativa dos anos vividos, proporcionada pela otimização da saúde (física, espiritual, mental e social), das capacidades individuais, da segurança e dos recursos pessoais, políticos e comunitários, tornando o idoso um ser ativo e interveniente em seu meio. Inclui-se também nessa questão o idoso frágil, que quer

cuidados e, na maioria das circunstâncias, é visto pela sociedade como passivo e incapaz, e o mesmo acaba tomando para si esses atributos^{3; 4; 8; 9}.

O aumento da idade justifica o surgimento progressivo de transtornos, a auto(hetero) identificação de limitações, o aumento do número de morbidades, principalmente as de origem crônica, caracterizando o processo de envelhecimento humano como capaz de interferir sobre o cotidiano das pessoas e impactar sua capacidade funcional, de autonomia e independência^{1; 3}.

Esse período pode cursar com e/ou ser acompanhado pela perda progressiva de massa e força muscular, alteração na capacidade cognitiva, surgimento de disfunções orgânicas que interferem na convivência social, nos costumes/hábitos de vida e justificam a instalação de limitações/doenças. Estas, quando não são controladas, tornam-se crônicas (Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNTs) ou agudas (justificando o agravamento súbito) a ponto de serem responsáveis pela morbimortalidade entre as pessoas idosas¹.

Nesse contexto, destaca-se o padrão de eliminação intestinal e urinária abordado segundo a normalidade de funcionamento das eliminações dos referidos sistemas e suas alterações retratadas pelas incontinências urinária e anal, a constipação intestinal e as retenções urinárias. Estas são situações capazes de impactar o processo de saúde-doença e o cotidiano da pessoa idosa^{1; 3; 11}.

O enfoque pretendido é do padrão de eliminação intestinal e urinário numa perspectiva de um olhar para a identificação das necessidades dos usuários atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) cuja abordagem terapêutica de enfermagem recaia sobre a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação em coerência com uma abordagem paradigmática pós-moderna. Isso porque, embora a incontinência urinária e anal, a retenção urinária e a constipação não sejam consideradas doenças fatais, elas são capazes de desencadear sentimentos negativos, comportamentos restritivos e constrangedores que podem favorecer o isolamento social, a baixa autoestima e o surgimento de comorbidades, eventos adversos^{3; 12; 13}.

A tenuidade entre as concepções de (a)normalidade no que tange ao padrão intestinal e urinário remete à necessidade de definição dos termos e de se estabelecer critérios para a apreensão desses fenômenos na presente investigação.

Assim sendo, o **funcionamento intestinal e urinário normal** será interpretado a partir do estilo de vida e dos costumes da pessoa idosa, aliados à possibilidade de se buscar recomendações terapêuticas que aprimorem o bem-estar, a funcionalidade e a sociabilidade da pessoa idosa com seus ancestrais, contemporâneos e descendentes¹⁴.

A **constipação intestinal** ou também denominada de obstipação intestinal está sendo concebida segundo consenso de ROMA IV. É definida quando dois ou mais critérios venham a acontecer nos últimos seis meses, a saber: esforço ao evacuar, menos de três evacuações por semana, fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de obstrução anorretal e manobras manuais para facilitar a evacuação¹⁵.

As complicações da constipação intestinal são: fecaloma, risco de fístula anal, câncer de cólon, distensão abdominal, complicações hemorroidárias e obstrução intestinal, podendo causar perfuração do cólon¹⁶.

Há evidências na literatura de que a constipação intestinal ocorre de 15% a 20% nas pessoas idosas, podendo chegar a 50% entre aquelas que se encontram institucionalizadas. A incidência é oito vezes mais frequente em pessoas idosas quando comparados aos jovens e três vezes mais frequente entre mulheres idosas quando comparadas aos homens^{17; 18; 19}.

A perda involuntária de fezes ou gases por meio do esfíncter anal é uma condição denominada **incontinência anal**. Essa perda é decorrente das alterações na musculatura do assoalho pélvico e musculatura esfíncteriana anal^{20; 21}. A prevalência de incontinência anal descrita na literatura internacional foi de 7,7%, variando 2% a 20,7% entre pessoas adultas²² e descrita em um estudo nacional foi de 9,9% entre pessoas idosas que referiram perder fezes e/ou gases em cenário similar ao da presente investigação ¹³.

A **retenção urinária** é caracterizada pela hipocontratibilidade do músculo detrusor da bexiga e dificuldade para viabilizar o esvaziamento vesical^{17; 23; 24}. Cabe mencionar que, por possuir causas específicas (infecciosas, obstrutivas, hemorrágicas, neoplásicas, entre outras) requer intervenções consensualizadas e peculiares a cada situação. Há na literatura evidências de que 14,4% das mulheres idosas internadas em uma instituição apresentaram retenção urinária assintomática²⁵.

A **incontinência urinária**, considerada um problema de saúde pública, consiste na perda involuntária da urina, podendo ser classificada em incontinência de urgência, de esforço, mista, enurese, noctúria, total e perda urinária pós-miccional^{26; 27}.

Em uma investigação realizada na Indonésia, foi constatada a prevalência de incontinência urinária em 22% das pessoas idosas²⁸ e, em outra investigação, realizada em domicílio e também com pessoas idosas foi identificado que 37,3% dos participantes referiram alguma perda de urina²⁹.

Aliado a esses dados, outros estudos trazem em comum^{30; 31; 32} a lacuna que motivou a realização desta investigação, ou seja, o fato de os eventos de padrões intestinais e urinários serem influenciados por subnotificações, uma vez que, no contexto do cotidiano das pessoas idosas, abordar essa temática constitui um desafio desencadeado pela reunião de fatores. Entre

eles, a dificuldade da própria pessoa em explicitar a ocorrência do evento; a falta e/ou necessidade de utilização de uma tecnologia investigativa capaz de melhorar a atuação dos profissionais de enfermagem na perspectiva de um problema de enfermagem passível de ser abordado por enfermeiros generalistas^{12; 29; 33}.

Isso porque a atuação dos enfermeiros no nível de atenção primária à saúde requer o uso de tecnologia que direcione o seu olhar para a singularidade das necessidades das pessoas idosas e para as situações em que a sua atuação, quando estruturada em evidências científicas, seja capaz de impactar a qualidade de vida, a adesão a comportamentos saudáveis e a redução de potenciais agravos à saúde dos usuários³⁴.

Cabe considerar que essas ações terapêuticas se apresentam na perspectiva da possibilidade de construção de hábitos saudáveis, oferecendo escuta aos usuários do Sistema Único de saúde (SUS) a problemas considerados constrangedores, como eliminações intestinais e urinárias, e que podem resultar em discriminação. Isso justifica direcionar o olhar do enfermeiro para o preenchimento de uma lacuna sobre a disponibilidade de tecnologia aplicável à prática assistencial de enfermeiros e de discentes do curso de graduação em enfermagem que atuam em UBS^{35; 36; 37}

Considerando que as eliminações intestinais e urinárias são eventos diários que integram o cotidiano das pessoas e que a atuação dos enfermeiros se faz presente em todos os níveis de atenção, realizou-se um levantamento bibliográfico sobre a atuação do enfermeiro com pessoas com idade ≥ 65 anos, no nível de atenção primária à saúde, abordando o padrão de eliminação urinária e intestinal.

Dados preliminares de revisão da literatura possibilitaram identificar: 1) a temática tem sido abordada na perspectiva de um modelo biologicista; 2) predomínio da abordagem num contexto hospitalocêntrico/institucionalizante; 3) ausência e/ou limitação de enfoque na promoção de saúde e prevenção de agravos; 4) inconsistência na abordagem de coleta de dados de um evento cotidiano para conectá-lo com a intencionalidade terapêutica da atuação do enfermeiro generalista que atua em APS; 5) falta de desenvolvimento de *expertise* para abordagem da temática nesse nível de atenção à saúde.

A concepção adotada prevê que conviver com o processo do envelhecimento humano e com possíveis alterações nos padrões de eliminações urinária e intestinal, na perspectiva conceitual das síndromes geriátricas e na busca pelo bem-estar, requer a reunião de esforços a fim de manter a autonomia e a independência da pessoa idosa^{3; 8}.

Diante do exposto, surgiram algumas indagações: 1) Como as alterações intestinais e urinárias podem se manifestar e impactar o processo de envelhecimento, de saúde/doença e o

quotidiano das pessoas idosas? 2) Qual é a taxa de prevalência de incontinência urinária, anal, constipação intestinal e retenção urinária na população idosa? 3) Quais são os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem mais incidentes que ocorrem entre um grupo de pessoas idosas que vivem num mesmo contexto social a respeito dos padrões de eliminação intestinal e urinária?

Essas indagações nortearam a elaboração dos objetos da investigação, quais sejam: o padrão de eliminações intestinais e urinárias de pessoas com idade ≥ 65 anos abordadas no domicílio e sua implicação para o cuidado de enfermagem e os significados atribuídos pelo grupo socialmente constituído por elas a respeito dos padrões de eliminações intestinais e urinárias.

A justificativa para a realização da presente investigação está alicerçada nas seguintes argumentações: 1) o envelhecimento populacional permite e oportuniza o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, sendo necessário intervenções para promoção da saúde e prevenção de agravos, a fim de superar o modelo biomédico fragmentado e agregar qualidade aos anos vividos pelas pessoas idosas; 2) a preservação e estimulação da autonomia e independência da pessoa idosa frente a suas fragilidades possibilita um envelhecimento ativo e bem-sucedido; 3) a utilização de modelos pós-modernos na abordagem dos padrões de eliminações urinárias e intestinais possibilita a apreensão da temática a partir das respostas humanas para promoção da saúde, prevenção de agravos; tratamento e reabilitação a partir da intencionalidade do processo de coleta de dados e do uso de uma taxonomia para nomeação dos problemas de enfermagem a ponto de fornecer ao enfermeiro a intencionalidade da atuação terapêutica numa abordagem generalista daqueles que atuam em APS; 4) o conhecimento das dimensões representacionais e sua origem subsidiam o enfermeiro para identificar como as pessoas idosas lidam com seus padrões de eliminações intestinais e urinárias e quais intervenções terapêuticas mostram-se apropriadas do ponto de vista individual e coletivo.

3 OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES

A seguir, serão apresentados os objetivos e os pressupostos desta investigação.

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar os padrões de eliminações intestinal e urinária de pessoas idosas abordadas no domicílio e sua implicação para o cuidado de enfermagem.

Compreender como os padrões de eliminações intestinais e urinárias se manifestam no contexto do cotidiano de pessoas idosas na perspectiva individual e do grupo socialmente constituído.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico das pessoas com idade ≥ 65 anos;

Classificar os padrões de eliminações intestinais e urinários dos participantes;

Calcular a prevalência das incontinências urinárias entre os participantes;

Descrever os sistemas hierárquicos, as dimensões representacionais e a origem dos elementos simbólicos sobre constipação intestinal, retenção urinária, incontinência anal e urinária;

Compreender como os elementos representacionais podem retratar respostas humanas coletivas e subsidiar a identificação de demandas de cuidados à luz da teoria Madeleine Leininger e Betty Neuman;

Identificar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem utilizando as taxonomias NANDA I, NIC e NOC (NNN) sobre os padrões de eliminações intestinais e urinárias tendo por base as respostas humanas contidas nos conteúdos representacionais identificados;

3.3 PRESSUPOSTOS

Pessoas com idade ≥ 65 anos, em decorrência da síndrome geriátrica peculiar ao processo de envelhecimento, tendem a apresentar alterações no padrão das eliminações intestinais e urinárias fato que permite contextualizá-las socialmente a ponto das pessoas idosas serem capazes de compartilhar conteúdos e representá-los.

3.4 HIPÓTESES

Foram elaboradas as seguintes hipóteses para a investigação em questão, a seguir:

H1: As alterações do padrão de eliminações urinário e/ou fecal são percebidas pelas pessoas idosas como comprometedoras de sua qualidade de vida e H0: As alterações do padrão de eliminações urinário e/ou fecal não são percebidas pelas pessoas idosas como comprometedoras de sua qualidade de vida.

H2: A prevalência de incontinência urinária entre pessoas com idade ≥ 65 anos é $\geq 37,3\%$ e H0: A prevalência de incontinências urinária entre pessoas com idade ≥ 65 anos é menor que $37,3\%$.

H3: A prevalência de alterações no padrão de eliminação intestinal segundo Bristol entre pessoas com idade ≥ 65 anos é $\geq 15\%$ e H0: A prevalência de alterações no padrão de eliminação intestinal segundo Bristol entre pessoas com idade ≥ 65 anos é menor que 15% .

4 MARCO TEÓRICO, CONCEITUAL E FILOSÓFICO

Foram adotadas três estruturas teórico-filosóficas e conceitual, a saber: 1) Sistema de saúde, rede de atenção à pessoa idosa, processo de envelhecimento humano e os padrões de eliminações intestinal e urinária; 2) tecnologias aplicáveis à atuação do enfermeiro e sua equipe na atuação da Atenção Primária à Saúde ao abordar os padrões de eliminação intestinal e urinária e 3) abordagens estrutural e processual das representações sociais.

4.1 SISTEMA DE SAÚDE, REDE DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA, PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO E OS PADRÕES DE ELIMINAÇÕES INTESTINAL E URINÁRIA

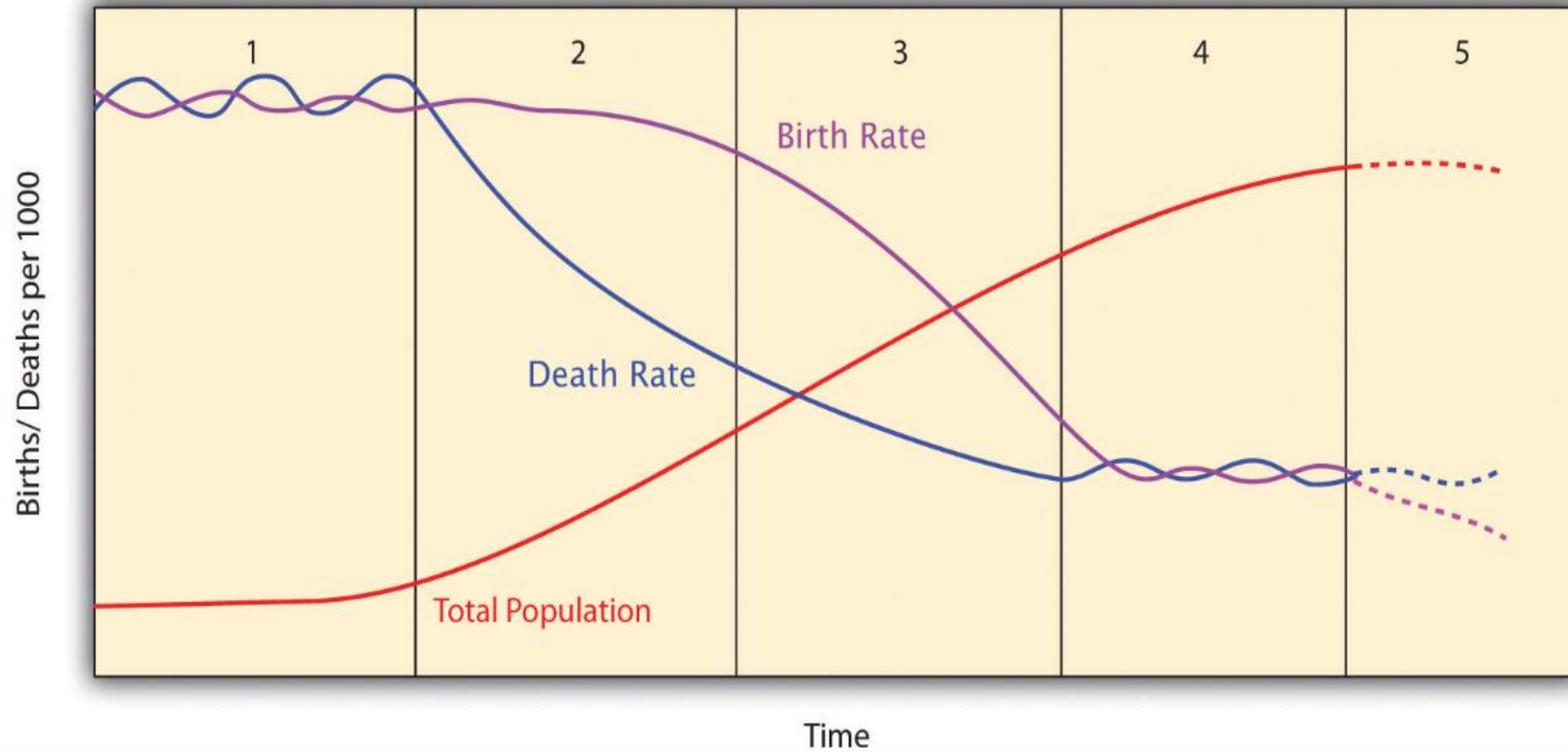
Para alicerçar a abordagem dos padrões de eliminações intestinais e urinários em pessoas em processo de envelhecimento humano na área de saúde, faz-se necessário tratar de aspectos teóricos, operacionais, conceituais e filosóficos, os quais constam a seguir.

O primeiro deles inclui o sistema de saúde e a rede de atenção às pessoas idosas e o segundo, o processo de envelhecimento humano e os padrões de eliminações intestinal e urinária.

4.1.1 Sistema de saúde e rede de atenção à pessoa idosa

Para explicar como o processo de envelhecimento humano ocorre mundialmente, Walter Rostow elaborou um modelo ilustrativo no qual conciliou os critérios do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com o crescimento populacional em uma proposta que é adotada pelas Nações Unidas para medir o desenvolvimento humanos nos países. Com essa classificação, é possível considerar todos os países em uma das cinco fases existentes do Modelo de Transição Demográfica (MTD)³⁸ (**Figura 1**)

Figura 1: Modelo da transição demográfica com 5 fases



Fonte: KNOX, Paul L.; MARSTON, Sallie A.; IMORT, Michael. **Human geography: Places and regions in global context**. Pearson, 2016. In: Chapter 1 Introduction to the World Geography, p.74. Disponível em https://saylordotorg.github.io/text_world-regional-geography-people-places-and-globalization/s04-introduction-to-the-world.html

Na primeira fase, estão as sociedades primitivas as quais estabilizam seu crescimento populacional pela compensação entre altas taxas de natalidade e mortalidade. São exemplos as sociedades que não apresentam controle sobre esses eventos a ponto de manterem um equilíbrio em seu crescimento populacional que passa por condições precárias de saneamento; óbitos decorrentes, predominantemente, de doenças infecciosas e/ou se encontram em períodos de guerra ou conflitos, como alguns países da África^{38; 39}.

Na segunda fase, há uma declínio nas mortalidades e as taxas de natalidade se mantêm elevadas a ponto de gerar um crescimento numérico na população em decorrência de intervenções sobre as condições socio sanitárias; melhoria na cobertura de eventos que motivam os óbitos, podendo ou não coincidir com o processo de industrialização, a exemplo do que se observa atualmente no Egito, no Quênia e na Índia^{38; 39}.

Na terceira fase, a intervenção sobre o controle de natalidade motiva uma redução no crescimento populacional a ponto de justificar uma redução no crescimento vegetativo da população quando comparada à fase anterior. Essa fase pode ser exemplificada pela atual situação do Brasil^{38; 39}.

Na quarta fase, a redução nas taxas de nascimento e mortalidade mantém o crescimento populacional estável, sendo exemplos a situação dos Estados Unidos da América, Japão, França e Inglaterra. O modelo inicial proposto por Warren Thompson só englobava até a quarta fase, entretanto uma reanálise do perfil dos países possibilitou acrescentar-se a quinta fase, na qual se estima que haja uma redução no crescimento da população em virtude das taxas de natalidade serem inferiores às de mortalidade em decorrência da qualidade de vida, de acréscimo na expectativa de anos vividos, de controle das condições adversas, entre outras, sendo a Alemanha um exemplo desse perfil populacional^{38; 39}.

Em virtude de o envelhecimento humano ser uma realidade mundial, surgem novos desafios representados pelo aumento na longevidade, pela cronificação de doenças agudas; pela necessidade de serviços que estejam estruturados na lógica da autonomia, da independência, da ausência de duplicação de processos e meios e com custos compatíveis com o financiamento do sistema de saúde^{1; 8}. Outro desafio é a formação de pessoal que requer a articulação entre educação continuada e permanente para que os trabalhadores da área de saúde e afins se articulem na aquisição de habilidades/competências a ponto de serem capazes de dar respostas às novas demandas que surgem com o processo do envelhecimento humano⁴⁰.

Nesse sentido, analisar as redes de apoio, de saúde e de recursos disponíveis para pessoas em processo de envelhecimento humano constitui uma necessidade quando se pretende

abordar o cuidado de enfermagem multidisciplinar e agregar qualidade, autonomia e independência aos anos vividos⁸.

A forma como os países desenvolvidos vivenciam a transição demográfica pode ser considerada menos acelerada e dolorosa quando comparada à adotada por países em desenvolvimento, como o Brasil. Isso se deve à possibilidade de os países desenvolvidos ajustarem o sistema de saúde para receberem e atenderem as necessidades dessa nova demanda^{10; 34}.

No Brasil, o crescimento demográfico e a transição epidemiológica ocorrem de forma rápida a ponto de impactar o sistema de saúde em vigor. O deslocamento da população para as áreas urbanas implicou, no decorrer do tempo, uma modificação nos padrões de consumo e de comportamento (tabagismo, excesso de peso, falta de atividade física, uso de drogas e de álcool de maneira acentuada), o que contribui para exposições a condições crônicas, nomeadamente as doenças crônicas^{10; 34; 41}.

O SUS apresenta uma estrutura e um sistema fragmentado de atendimento e assistência à saúde, direcionado para eventos agudos, o que não contempla a realidade de morbimortalidade do país, quando se almeja um estilo de saúde direcionado para a redução de danos e promoção de saúde³⁴.

Isso gerou uma lacuna no sistema de saúde e motivou a criação da Portaria n. 4.279, de 2010, pelos gestores do SUS, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RASs), a fim de melhorar a qualidade e a resolubilidade da assistência na saúde, com vistas a um sistema integrado e articulado^{34; 42}.

As RASs são organizações poliárquicas definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”^{43:19p}. São constituídas de três elementos: a população de abrangência, a estrutura operacional e o sistema de funcionamento por meio de um modelo de atenção à saúde^{34; 43}.

Para que ocorra o funcionamento das RASs como desejado e planejado pela portaria, há necessidade de se atender aos seguintes fundamentos: 1) economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos; 2) integração vertical e horizontal; 3) processos de substituição; 4) abrangência e 5) níveis de atenção^{34; 43}.

Os serviços que são ofertados de forma dispersa são aqueles que necessitam menos da economia de escala, pois possuem recursos suficientes e a distância é um fator relevante para o acesso. Já nos serviços concentrados, a distância tem um impacto menor. Eles contam com as economias de escalas, pois os recursos são insuficientes³⁴.

A qualidade está relacionada à realização das atividades em consonância com os acordos/padrões/modelos que foram preestabelecidos, atendendo às necessidades de saúde/doença do indivíduo e comunidade em tempo adequado e de forma humanizada. Já o acesso é tido como a acessibilidade do indivíduo em tempo adequado aos serviços de saúde sem comprometimento de distâncias geográficas, custos para locomoção e acolhimento nas instituições de saúde³⁴.

A integração vertical e horizontal proporciona a continuidade da forma dinâmica e produtiva do sistema. A integração horizontal está relacionada ao condensamento da produção de instituições com perfis iguais, sendo pautada em dois eixos, a fusão e aliança estratégica. A integração vertical se estrutura a partir de instituições de saúde com perfis produtivos diferentes, a exemplo da articulação de diferentes níveis de saúde (primária, secundária e terciária)^{34; 43}.

O processo de substituição é a reformulação da assistência de saúde segundo o local, o tempo e o custo correto a fim de se ter uma melhor solução para cada caso. A meta é atender às demandas e necessidades adicionais àquelas para as quais o sistema já está preparado. Esse processo repercute em melhores resultados econômicos e sanitários⁴³.

A abrangência é a delimitação territorial e populacional, está relacionada à acessibilidade dos usuários e motiva o estabelecimento de estratégias de organização dos serviços de saúde para atender toda a demanda populacional⁴³.

Após a emissão da Portaria n. 4.279/2010⁴², foram criadas algumas redes temáticas com vistas a suprir as lacunas identificadas no SUS, são elas: a rede de cuidados à pessoa com deficiências; a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas; a rede de urgência e emergência; a rede de atenção psicossocial; a rede cegonha⁴³.

A rede de cuidados às pessoas com deficiência tem como objetivo acolher os indivíduos que apresentam deficiência temporária ou permanente a fim de assegurar sua autonomia e independência e visa motivá-los a continuarem ativos na sociedade, independentemente da deficiência e da idade⁴³.

Ao considerar sua ocorrência na faixa etária de que trata a presente investigação, é possível afirmar que o processo de envelhecimento motiva alterações anatômicas e funcionais na estrutura corporal da pessoa idosa, deixando-a vulnerável a quedas⁴⁴. Há de se considerar que surgem também as debilidades físicas que podem resultar em mutilação, em deficiência visual, auditiva e intelectual ou mesmo na necessidade de se instalar ostomias^{43; 44}.

As doenças crônicas são multifatoriais e se caracterizam por apresentar um início prolongado e gradual, o que faz com que o descobrimento da anormalidade se dê em uma fase

crítica ou semicrítica e com consequências sobre a durabilidade das doenças que perduram por longos períodos, senão até o final da vida (duração incerta)¹.

A rede que promove ações nesta área é denominada de Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e seus objetivos são a atenção integral a essas pessoas, por meio da promoção da saúde, prevenção de agravos, manutenção, tratamento e reabilitação⁴³.

A população que se enquadra nesse perfil de atendimento são também as pessoas idosas em decorrência das mudanças contínuas das características do processo de envelhecimento, fato que motiva o aparecimento de doenças crônicas^{1; 43; 45}.

Há evidências de que o maior número de mortes no planeta é devido às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que possuem fatores modificáveis e não modificáveis. Atuar sobre os fatores de risco modificáveis implica lidar com hábitos culturais e preferências. Atuar sobre hábitos de vida saudáveis implica rever preferências alimentares, controlar o peso, inserir-se em atividades físicas regulares e, ao mesmo tempo, modificar comportamentos, a exemplo do consumo de tabaco, drogas e álcool^{1; 45}.

São consideradas doenças crônicas peculiares do processo do envelhecimento humano: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças mentais^{1; 45; 46}. Sua ocorrência pode cursar com ligação entre as morbidades, havendo uma interinfluência entre as comorbidades. É considerado que 66,3% da carga de doenças no Brasil são provenientes das DCNTs⁴⁷.

A outra **Rede é da Urgência e Emergência (RUE)**. Ela enfatiza o atendimento das doenças/eventos que possuem altos índices de mortalidade, a exemplo das doenças cardiovasculares (que acometem 20% na população que possui idade ≥ 30 anos); das causas externas, como acidente automobilístico; das lesões autoprovocadas intencionalmente (principalmente na população do sexo masculino) e dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVEs)⁴³.

Devido ao perfil de morbimortalidade, a RUE prioriza o atendimento de pessoas que se categorizam dentro das linhas de cuidados cardiovasculares, traumatológicos e cerebrovasculares⁴³. Entre as linhas de prioridade da RUE encontra-se o processo de agudização das doenças crônicas, cuja incidência é de progressiva e acumulativa com o passar dos anos, caracterizando o processo de convivência com doenças a partir da faixa etária dos 65 anos, quando elas se intensificam. Tal fato se justifica pelas peculiaridades do processo de envelhecimento⁴³.

Isso porque a pessoa idosa começa a apresentar, com o passar dos anos, alterações fisiológicas e condições agudas e crônicas (maioria dos casos) que irão acompanhá-la durante

sua longevidade. Algumas dessas alterações afetam e/ou tendem a afetar a autonomia e independência da pessoa idosa, resultando em um conjunto de situações peculiares ao processo do envelhecimento humano que ocorrem de forma a um fator interinfluenciar o outro (síndromes geriátricas)^{3; 4; 48}.

A rede de atenção psicossocial foi instituída para atender pessoas com transtornos mentais, tais como depressão, alcoolismo, transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia e por isso podem ser consideradas morbidades que retratam problemas de saúde pública. Entre esses, o que mais acomete as pessoas idosas é a depressão^{43; 49}.

A pessoa idosa que apresenta depressão tem uma percepção subjetiva da saúde diminuída e funções executivas alteradas quando comparada às pessoas da mesma faixa etária que não apresentam a doença⁴⁹.

A rede cegonha foi criada com o objetivo de atender às necessidades das mulheres durante o período da gravidez, do parto e do puerpério e também ao recém-nascido e seu desenvolvimento nos primeiros dias de vida. Por isso é possível afirmar que essa rede visa diminuir os índices de morbimortalidade materna e infantil⁴³.

Durante a gravidez e o parto, podem ocorrer alterações na musculatura do assoalho pélvico e danos no nervo que supre o esfíncter uretral, desencadeando a incontinência, fato esse que irá acompanhar a mulher durante toda a sua vida, interferindo sobre sua autonomia, independência e convivência social. Cabe mencionar que, com o processo de envelhecimento humano, essa situação tende a se agravar^{43; 50}.

O enfermeiro, inserido em uma equipe multidisciplinar, tem a potencialidade de atuar em todas as redes de atenção à saúde. Possui formação para subsidiar o planejamento de ações de saúde com base nas políticas públicas vigentes com vistas a minimizar os riscos e promover a saúde e o bem-estar da pessoa idosa. Esta atuação do enfermeiro deve ser realizada com um olhar diferente na APS, visto que é neste nível de atenção que se encontra o meio propício para realização de processos educativos e de promoção da saúde. Entretanto devido às lacunas existentes na prestação de cuidados no contexto da atenção à saúde, a APS tem se constituído num lugar de atendimento de pessoas em condições agudas e com necessidades de caráter de urgência/emergência⁴³.

Para viabilizar sua atuação, os enfermeiros utilizam-se de tecnologias para subsidiar o planejamento do cuidado, a identificação de necessidades humanas, a construção do saber e relações interpessoais que possibilitam o preenchimento das lacunas passíveis de ser identificadas no processo de cuidar em enfermagem⁴³.

A pessoa portadora de uma formação generalista possui habilidades/competências (gerenciais, assistenciais, investigativas, educacionais e comunicacionais) que, ao abordar uma pessoa idosa na perspectiva do padrão de eliminações urinária e intestinal⁵¹, é capaz de planejar ações de saúde no nível de atenção primária à saúde com vistas a minimizar os riscos e promover a saúde, atuando na busca do bem-estar e de um envelhecimento bem-sucedido⁴³.

Ao analisar as normas do SUS sobre a ligação que é preconizada entre os níveis de atenção e as tecnologias priorizadas para cada um desses níveis de atenção à saúde, é possível inferir sobre a existência de uma inconsistência. Essa inconsistência se expressa pela definição de um aumento no grau de complexidade quando se desloca em direção à atenção terciária⁴³.

Considerar a atenção terciária um setor de saúde em que se encontra maior complexidade tecnológica consiste num equívoco e expressa uma limitação conceitual para a terminologia apropriada às tecnologias em saúde⁴³.

O conceito de tecnologia restrita à densidade representada pelos aparelhos e equipamentos tem sido responsável pelo pensamento de que a APS é pouco resolutive e que o processo de trabalho que é realizado nesse cenário é reduzido. Isso equivale a dizer que a simplificação do que ocorre nas redes de APS requer que os profissionais desenvolvam abordagens criativas e que atendam às singularidades do indivíduo, famílias e comunidade. Tal fato não se afasta da concepção de que, nesse nível de atenção, ocorra o uso de tecnologias menos densas, intermediárias e por vezes densas^{37; 43; 52}.

Devido a este fato, a Portaria n. 4.279/2010 enfatiza que é na APS que deverá ser organizado o funcionamento do sistema, pois, por meio dela, ocorrerá a maioria dos atendimentos das pessoas para fim de promoção, manutenção da saúde, de prevenção e tratamento de comorbidades⁴².

Como porta de entrada preferencial, caberá aos profissionais que atuam na APS triar e identificar as necessidades dos usuários, direcionando-os aos níveis de atenção que melhor atendam a sua singularidade^{43; 53}. Para isso, é necessário que se estabeleça a integração vertical entre os serviços. Dessa forma, será possível acionar um nível de assistência especializada, ambulatorial ou hospitalar, ou um nível de assistência que disponha de recursos tecnológicos mais densos, desde que a necessidade para seu acesso seja identificada⁴³.

A concepção de processo de envelhecimento requer embasamento de políticas públicas e programas de saúde com ênfase no fortalecimento da lógica dos atendimentos e cuidados desenvolvidos/desencadeados a partir da atenção primária, em que a maioria das comorbidades pode ser monitorada, controlada, evitada e/ou adiada⁴³.

A proposta das RASs compõe o suporte administrativo para as políticas públicas e os programas de saúde em tempos de escassez de recursos e aumento de problemas advindos de um modelo hierárquico não efetivo⁵⁴ 43.

A busca por um modelo ideal remete à presença de estruturas de organização flexíveis e abertas, capazes de permitir o compartilhamento de objetivos e, ao mesmo tempo, deverá ser capaz de regular o fluxo de atendimento com qualidade⁴³.

Cabe considerar que as políticas públicas são formulações realizadas pelos gestores do SUS com o intuito de suprir os problemas/as complicações identificados na saúde da população e, por isso, devem articular os serviços às ações a fim de diminuir a sobrecarga entre os níveis de atenção⁵⁵.

Assim sendo, considerando a densidade de atendimento em níveis de complexidade, cabe a elas regular e direcionar as demandas de atendimento para os níveis de atenção pertinentes, evitando-se duplicação de meios e fins⁵⁵.

Entre as políticas de saúde, existem aquelas direcionadas à pessoa idosa, são elas: a Política Nacional do idoso, Lei n. 8.842, de 1994 (assegura os direitos sociais da pessoa idosa, elaborando formas para promover a autonomia, integração e participação na sociedade)⁵⁶; o Estatuto do Idoso, Lei n. 10.741, de 2003 (assegura os direitos dos indivíduos acima de 60 anos)⁵⁷; o Dia Nacional do Idoso, Lei n. 11.433, de 2006 (institui o dia 1º de outubro como o dia nacional do idoso, a fim de valorizar o idoso na sociedade)⁵⁸ e o Fundo Nacional do Idoso, Lei n. 12.213, de 2010 (concede a redução dos impostos de renda e institui o fundo nacional do idoso)⁵⁹.

Estas leis possuem pontos comuns cujo objetivo único é de valorizar e atender às necessidades da população idosa, contemplam fatores que remetem à transição e modificações peculiares ao processo do envelhecimento e permitindo que ela seja acolhida dentro de sua singularidade pela sociedade durante o processo de envelhecimento^{55; 56; 57; 58; 59}.

4.1.2 Processo de envelhecimento humano e padrões de eliminações intestinal e urinária

O envelhecimento é um *processo gradual e multifatorial*, caracterizado pela perda progressiva das reservas fisiológicas, aliada a um *declínio* geral das capacidades, fato que faz com que esse momento coincida com a intensificação das doenças crônico-degenerativas, o aumento do consumo de medicamentos e o surgimento de demandas de apoio para o enfrentamento desse momento^{1; 4; 10}.

A aproximação da concepção de processo de envelhecimento humano com o *continuum* saúde-doença reafirma o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual não se restringe à ausência de doenças, sendo capaz de contemplar o *bem-estar físico, psíquico e social*. Isso equivale a dizer que a capacidade para concretizar seus desejos e satisfazer suas necessidades reais, imaginárias ou fictícias integra a concepção de envelhecimento humano e saúde³.

Do ponto de vista da atuação do enfermeiro, abordar o processo do envelhecimento humano requer uma compreensão a respeito dos graus de dependência do indivíduo para as atividades cotidianas, ocasionais e eventuais, uma vez que o cuidado de enfermagem pressupõe a identificação e a distinção entre as necessidades dos indivíduos, a capacidade de ser atendidos e qual a rede de apoio de que dispõem, desejam e precisam para suprir as atividades que não são capazes de realizar por si sós⁶⁰.

Para que o indivíduo necessite menos das redes de apoio e as acione apenas em momentos de necessidade ou manutenção da saúde, ele deve apresentar critérios que lhe permitam envelhecer de forma saudável e que o auxiliem a continuar ativo na sociedade, realizando seus desejos e desenvolvendo suas Atividades de Vida Diária (AVDs) sendo elas básicas (relacionadas ao autocuidado, como limpar-se após o uso do sanitário), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), lavar sua própria roupa e preparar a próprio alimento e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs), relacionadas ao lazer, à participação social e à inserção em uma instituição formal como a igreja^{3; 4; 61}.

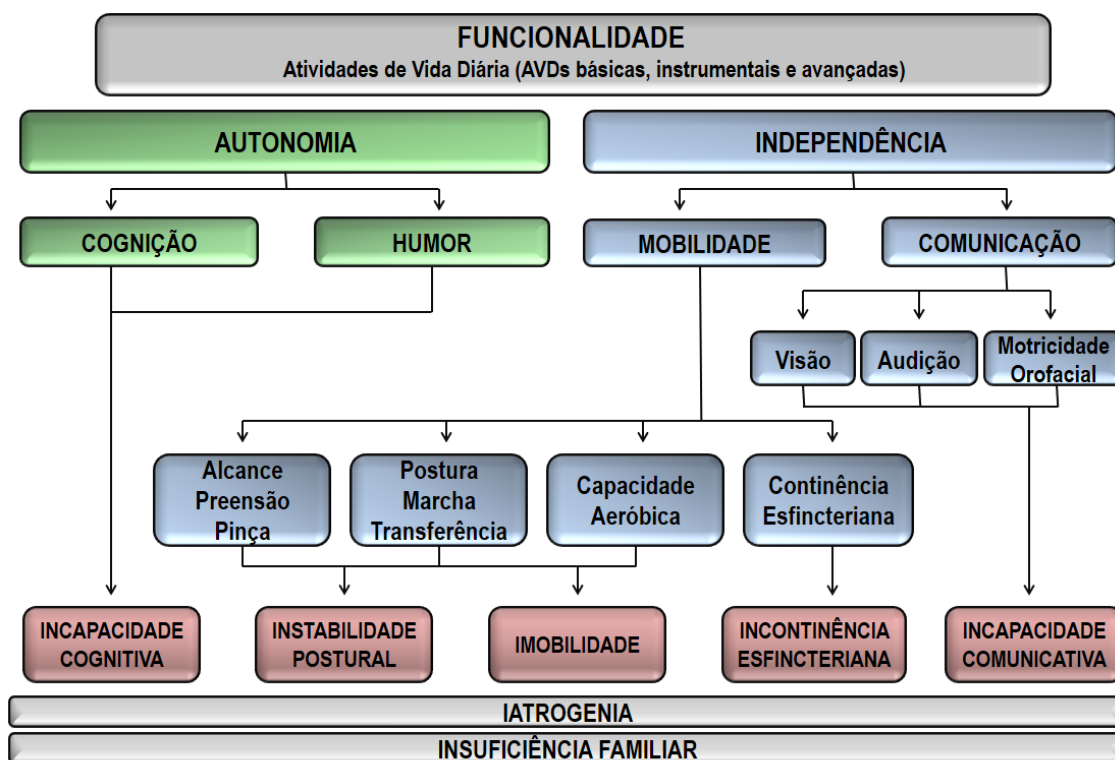
Nesse sentido saber o quanto elas se engajam na realização de suas atividades equivale a dispor de estratégias para mensurar sua inserção no contexto do autocuidado, das ações que ocorrem/desenvolvidas no domicílio e nas interações sociais^{3; 4; 61}.

Para se alcançar a concepção de envelhecimento bem-sucedido, por meio da funcionalidade preservada, sendo capaz de se autocuidar, é necessário retornar ao conceito de autonomia e independência, critérios para dizer sobre a articulação da pessoa idosa frente às AVDs e se o presente momento da vida está ocorrendo de forma saudável^{3; 61}.

O indivíduo autônomo apresenta capacidade de tomar decisões frente às situações do cotidiano, estabelecendo suas preferências e o que é correto no seu entendimento e unanimidade. Já nas situações em que o sujeito é capaz de realizar algo por si próprio, sem auxílio ou com alguma ajuda mínima de uma outra pessoa, este sujeito é considerado como independente³.

A autonomia e a independência correlacionam-se aos principais sistemas funcionais como a cognição, humor, mobilidade e comunicação e, quando não há um funcionamento harmonioso desses sistemas, tem-se o que se chama de síndromes geriátricas³. A seguir, o esquema ilustrativo com os principais sistemas funcionais e as respectivas síndromes geriátricas (**Figura 2**):

Figura 2: Esquema das principais síndromes geriátricas.



Fonte: MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 98p³.

A cognição está diretamente relacionada à autonomia e é caracterizada pela capacidade de perceber situações-problemas relacionadas ao cotidiano e resolvê-las, como perceber o escape de urina/fezes e se movimentar para o banheiro e ser capaz de resolver o comprometimento físico causado na roupa e/ou ambiente (função executiva)³.

O humor, assim como a cognição, está ligado à perda ou não da autonomia, podendo ser definido como a disposição, o ânimo para o desenvolvimento das funções e para a participação social. É ter a iniciativa, a motivação para resolver o comprometimento físico desencadeado pela incontinência³.

A mobilidade é a capacidade de se locomover e manusear o meio em que está inserido. Quando analisada na perspectiva da temática da presente investigação, é possível perceber que ela interfere sobre a independência do indivíduo, deixando-o apto ou não para desenvolver as atividades funcionais diárias, a exemplo de a pessoa conseguir se locomover até o banheiro para realizar suas necessidades intestinais ou urinárias³.

O peristaltismo intestinal diminui com a imobilidade e tem como consequência a constipação intestinal. Por um outro lado, as incontinências urinária e anal são fatores de risco para quedas

(ocasional/agrava a imobilidade, posteriormente) em pessoas idosas, as quais, por sua vez, são uma das principais causas de institucionalização, morbidade e mortalidade nesta idade^{16; 44; 62}.

A comunicação está relacionada à interação interpessoal de forma produtiva, seja por meio da ausculta, fala ou visão^{2;3}. Esses são canais pelos quais o indivíduo é capaz de compreender o que se passa consigo mesmo e conseguir exprimir o problema. E assim, poderá utilizar mensagens comunicacionais de que se encontra com incontinência, constipação ou retenção urinária⁶³.

Ao abordar a temática de autonomia, da independência e seus fatores relacionados, é possível identificar as possibilidades nas quais os enfermeiros poderão se inserir nos níveis de atenção à saúde, como parte da equipe de saúde³.

Isso porque refletir sobre o envelhecimento humano e como ele é vivido pelas pessoas no processo de vida requer pensar numa abordagem multidisciplinar capaz de atuar de forma a minimizar os agravos, monitorar vulnerabilidades, promover a saúde e o bem-estar e estimular a atuação das mesmas na sociedade com resolubilidade^{3; 64}. Nesse contexto, o enfermeiro que cuida de pessoas em processo de envelhecimento necessita utilizar um referencial teórico, conceitual e filosófico que direcione sua atuação no contexto da atuação da equipe de saúde⁶⁴.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS e está relacionado à potencialização da saúde, da segurança e da participação social, ou seja, à capacidade da pessoa idosa de cuidar da sua saúde e participar de forma a se integrar ao seu meio social com segurança e apoio que julgar necessários^{3; 10}.

Há determinantes no envelhecimento ativo que são permeados pelos transversais: a cultura e gênero. A cultura está associada ao meio em que o indivíduo se insere, aos costumes em que se encontra, crenças e valores. Ela pode interferir diretamente sobre o envelhecimento ativo: no enfrentamento e aceitação da doença, no declínio natural das capacidades humanas no acender da idade e na desmitificação de esteriótipos^{4; 10}.

O gênero influencia por meio da presença marcante da mulher que é vista como cuidadora da casa e dos filhos na geração das participantes, por ter sido ela tradicionalmente a pessoa que se envolvia com a educação dos filhos e respondia pelo cotidiano das atividades desenvolvidas no lar. Ocupando seu tempo com estas atividades, que não eram remuneradas e/ou valorizadas do ponto de vista econômico, as mulheres tinham menor poder aquisitivo e menores oportunidades de estudo quando comparadas aos homens⁴.

Do ponto de vista cultural, as mulheres eram formadas para desenvolverem habilidades e competências que lhes favorecessem a inserção e desenvoltura nas atividades anteriormente mencionadas, caracterizando uma cultura de formação feminina realizada por tradição oral de responsabilidade de suas ascendentes⁴.

Nesse sentido elas eram valorizadas e consideradas companheiras ideais para o casamento quando demonstravam ter assimilado as tradições de família, demonstravam ter habilidades/competências para responder as atividades que eram atribuídas às mulheres dentro do lar e traziam “traços” culturalmente compartilhados de serem boas parideiras e capazes de garantir uma prole numerosa. Os fatos referentes à história obstétrica tornam o gênero feminino com características próprias para a ocorrência de possíveis alterações na continência urinária da mulher^{4: 10}.

O fato de o homem ser visto, na concepção social, como o provedor do núcleo familiar pode criar para ele a ilusão de que postergar uma consulta não terá impacto negativo em sua saúde, atitude que dificulta o mapeamento de possíveis doenças advindas do sistema urinário e intestinal, como câncer de próstata, que, com o processo de envelhecimento humano, tendem a aumentar. Outro ponto a se considerar é a violência, o suicídio e os comportamentos de consumir tabaco e ingerir bebida alcoólica considerados recorrentes na população masculina^{4: 65}. Além dos determinantes transversais, há os determinantes: demográficos, de saúde, econômicos, psicocomunicacionais, ideológicos, sociais, familiares e pessoais^{4: 10}.

O determinante demográfico é a distribuição da população por faixa etária, é o espalhamento das pessoas na extensão territorial, projetando as taxas de natalidade e diferentes índices de mortalidade e morbidade por idade, a cobertura de saúde por meio do acesso a vacinas, controle da natalidade, exames preventivos, atendimento emergencial, entre outros; e a outras condições humanas dignas, como saneamento básico, alimentação e água tratada^{4: 10}.

Nas localidades onde o acesso ao serviço de saúde é mais precário, notam-se as especificidades que podem influenciar no processo saúde-doença da pessoas idosas. Este, por ter a mobilidade restrita ou por não conviver socialmente e não se locomover em grandes distâncias devido a transtornos como incontinência urinária ou anal, vai menos aos serviços de saúde. Sendo assim, essas pessoas idosas são menos assistidas pelo profissionais do que os que moram em localidades mais acessíveis aos principais centros de saúde⁶⁶.

Os serviços de saúde de cada região devem estar equipados para a Atenção Primária à Saúde (APS), na promoção da saúde, prevenção de agravos e possíveis tratamentos/curas, já que a pessoa idosa tende a desenvolver cada vez mais doenças conforme envelhece. Este cenário deve ser sempre o meio pelo qual a pessoa idosa consiga resolver todas suas necessidades e dificuldades a fim de contar cada vez menos com os níveis de atenção secundária, terciária e quaternária, fator que é de interesse tanto do indivíduo quanto do governo para provisão de recursos⁴³.

Os fatores econômicos estão relacionados ao acesso à aposentadoria, ao usufruto ou não de patrimônios, à reinserção em atividades produtivas e adequadas à idade, à renda apropriada ao

suprimento das necessidades que auxiliam no processo de envelhecimento menos doloroso, como a alimentação adequada, moradia e cuidados de saúde^{4; 10}.

Indivíduos com incontinência urinária e anal apresentam um gasto adicional na aquisição de materiais de higiene e limpeza, como fraldas, absorventes, e na utilização em maior quantidade de papel higiênico. Além disso, há dificuldade de estar inseridos em uma atividade remunerada que possa auxiliar nos gastos mensais^{67; 68}. Em relação à constipação intestinal e retenção urinária, os gastos estão relacionados a consultas médicas e à aquisição de medicamentos para os devidos fins^{66; 69}.

Os determinantes psicocomunicacionais são os meios e formas de comunicação social a fim de estabelecer contatos com outras pessoas, exprimindo seu pensamento e convicções. O acesso aos meios de comunicação e à realidade social pela televisão, rádio, internet, leituras, conversas com terceiros possibilita que a pessoa idosa esteja informada dos acontecimentos de seu entorno e/ou que estão sendo discutidos em nível (inter)nacional^{4; 10}.

Ao fazer uma releitura dos determinantes psicocomunicacionais à luz das situações de pessoas com incontinências urinária e/ou anal em processo do envelhecimento humano, é possível identificar a necessidade de um interlocutor significativo (cuidador ou familiar) com o qual a pessoa idosa possa exprimir suas necessidades^{4; 10}.

A ausência de uma pessoa significativa pode representar para a pessoa idosa uma dificuldade de externar um problema (alteração no padrão das eliminações intestinais e/ou urinárias) e de pedir ajuda para ser atendido por profissional capaz de auxiliá-lo a abordar essa situação terapeuticamente^{29; 33; 70}.

Outro fator remete à dificuldade para um convívio social satisfatório propriamente dito, a ponto de restringir o número de pessoas com quem os idosos se relacionam, às quais recorrem em momentos de necessidades e com quem compartilham experiências. Isso equivale a dizer que as pessoas idosas com alterações na continência se tornam propensas ao isolamento social e o fazem para evitar possíveis constrangimentos decorrentes dessa sintomatologia^{29; 33; 70}.

Os determinantes ideológicos e sociais envolvem as concepções de envelhecimento para a pessoa idosa, sua autoavaliação que é por meio de uma lente cultural carregada de tradições, valores e crenças, incluindo a forma como se sente, sua percepção sobre seu papel na sociedade e convívio que estabelece com familiares, cuidadores e profissionais^{4; 10}.

Outro fator referente a esses determinantes inclui o posicionamento das pessoas em processo de envelhecimento (45 aos 64 anos) e pessoas idosas diante das políticas e dos programas de saúde destinadas a elas e justificam quais as concepções que favorecem ou dificultam a participação desse segmento populacional nos programas e na política vigente^{10; 70}.

Os determinantes familiares contemplam como a pessoa idosa se articula no núcleo familiar, qual a concepção de família (se tradicional ou contemporânea), qual sua composição, como são vivenciadas e interpretadas as mudanças que ocorrem ao longo do tempo com seus membros, em que base se alicerça o convívio entre eles, quais as características em que se estabelecem ou não os contatos e convivências intergeracionais e qual a valoração atribuída a essas pessoas a ponto de motivar o compartilhamento de confidências e a busca ou oferta de ajuda^{4; 10}.

Ao analisar a proximidade dos determinantes familiares com as alterações que podem ocorrer quando se aborda o padrão das eliminações intestinais e/ou urinária entre pessoas com idade ≥ 65 anos, é possível vislumbrar que a presença de pessoas significativas poderá ou não ser acionada^{4; 10}.

E os determinantes pessoais incluem idade, grau de instrução e escolaridade, profissão, ocupação e aposentadoria^{4; 10}. Independentemente da categorização utilizada para conceber o processo do envelhecimento humano a partir de seus determinantes^{4; 10}, é possível consensualizar que as alterações na autonomia e na independência desempenham influência multifatorial sobre o processo de envelhecimento a ponto de intervir sobre o alcance ou não de um envelhecimento ativo³.

Isso porque o aumento da idade torna a pessoa em processo de envelhecimento progressivamente vulnerável e susceptível a limitações e/ou doenças. O declínio da capacidade funcional, a necessidade de apoio e a vulnerabilidade para adoecimento, agudização e agravamento da instabilidade hemodinâmica, bem como as mudanças que ocorrem no padrão de eliminação urinário e intestinal (incontinência e retenção urinária, a incontinência anal e a constipação intestinal) peculiares ao processo do envelhecimento humano, requerem uma releitura quando se pretende analisar as possibilidades da inserção do enfermeiro nesse contexto⁵:
11; 12; 66 .

4.2 TECNOLOGIAS APLICÁVEIS À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E SUA EQUIPE NA APS AO ABORDAR OS PADRÕES DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL E URINÁRIA

A razão de se discutirem as tecnologias, enquanto componentes integrantes dos referenciais teórico, conceitual e filosófico, alicerça-se na busca por demonstrar que o enfermeiro em todas suas ações profissionais utiliza algum tipo de tecnologia, leve, leve-dura e dura^{36; 37; 52}.

A concepção de tecnologias leves adotada considera as relações, a escuta, o toque e o compartilhamento de ideias entre o profissional e indivíduo. Isso equivale a dizer que há um saber e um olhar clínico para o indivíduo em questão que estão sendo considerados como tecnologias. Esse tipo de tecnologia pode ser observada nos acolhimentos e durante a criação de vínculo com

a pessoa, para que a mesma desenvolva confiança e consiga expressar o problema como, por exemplo, nas alterações das eliminações intestinais e urinárias, permitindo que o cuidado prestado pelo profissional enfermeiro seja de fato estabelecido^{36; 37; 52}.

As tecnologias leve-duras são os saberes estruturados como o processo de enfermagem, com o uso de modelos de cuidados e/ou teorias que irão nortear a abordagem terapêutica e o cuidado a ser prestado, como, por exemplo, saber, por meio de uma consulta de enfermagem, as influências que acometem a qualidade de vida do indivíduo, sua interação com o meio em que vive e sua independência quando o indivíduo apresenta alterações nas eliminações intestinais e urinárias^{36; 37; 52}.

Já as tecnologias duras são os saberes clínicos estruturados, planejados, organizados e protocolados com o uso de instrumentos, máquinas e equipamentos, como, por exemplo, a cinesioterapia para indivíduos com incontinência urinária^{36; 37; 52}.

As tecnologias categorizadas como leve-duras empregadas para alicerçar a presente investigação são representadas pelos referenciais conceituais a respeito das alterações no padrão das eliminações urinária e intestinal. As tecnologias utilizadas para o cuidado de enfermagem de pessoas idosas estão apresentadas segundo os saberes aplicados pelos enfermeiros e sua equipe no seu exercício profissional quando fundamentam sua atuação em referenciais legais, científicos e evidências (inter)nacionais^{36; 37; 52}.

A Resolução n. 3/2001⁵¹ dispõe sobre as diretrizes do Curso de Enfermagem e traça o perfil dos egressos para os quais há habilidades e competências que necessitam ser adquiridas no processo de formação, conforme consta a seguir.

Art. 4º A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo; II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma

língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação; IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais^{51:2-3p}.

Cabe mencionar que a referida resolução está em processo de atualização há aproximadamente nove anos e se encontra, no momento, em fase de aprimoramento, contando para isso com as contribuições das instituições de ensino superior e de membros da categoria.

Para delineamento de como o enfermeiro generalista pode atuar na temática das incontinências urinária e anal, constipação intestinal e retenção urinária, a seguir, serão abordados os tipos de tecnologias que são/precisam ser acessadas por eles ao prestarem cuidados às pessoas idosas na perspectiva da promoção de saúde e prevenção a agravos ao abordar os padrões de eliminações intestinais e urinários.

4.2.1 Tecnologias leve-duras sobre incontinência anal, constipação, incontinência urinária e retenção urinária.

Conectar o conhecimento de fisiopatologia com o contexto das tecnologias favorece que o leitor compreenda quais são esses saberes adotados acessados quando o enfermeiro planeja e operacionaliza o cuidado de enfermagem na perspectiva da incontinência anal e urinária, constipação intestinal e retenção urinária. Nesse sentido, a seguir, será abordada a fisiologia da evacuação e da micção.

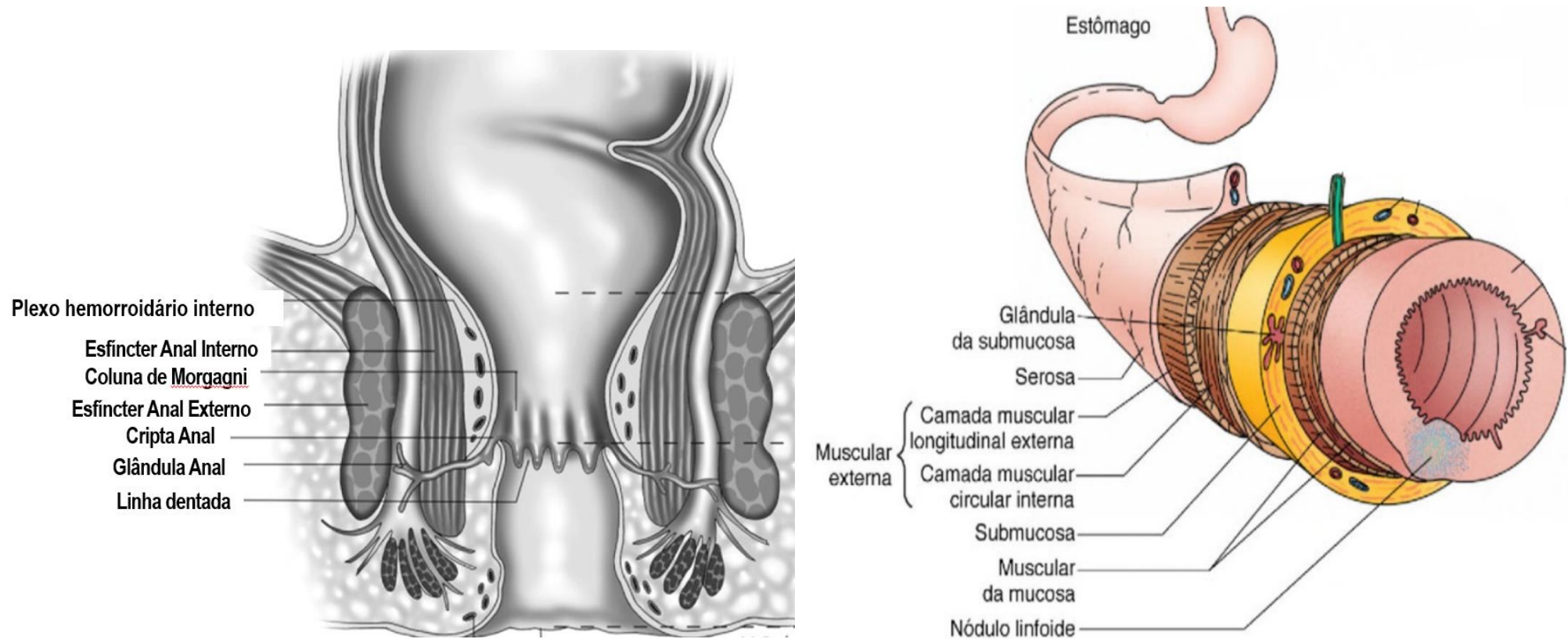
O intestino grosso é formado por quatro partes: ceco, cólon, reto e ânus. A continência anal está ligada à parte final do intestino grosso e dos músculos do assoalho pélvico como o esfíncter anal interno, externo e músculo elevador do ânus¹⁷.

O reto tem como função armazenar o conteúdo fecal. O acúmulo deste conteúdo permite uma distensão das paredes do reto e a percepção pelo sistema nervoso autônomo, desencadeando assim o relaxamento e o reflexo do esfíncter anal interno permitindo o

deslocamento de parte deste conteúdo para o canal anal, iniciando desejo de defecar. Se o esfinceter anal externo estiver relaxado (voluntário e consciente), a defecação ocorre^{13; 17}.

A mucosa da parede anal percebe o deslocamento e presença deste conteúdo por meio do reflexo de amostragem. Quando há o desejo de adiar a evacuação, os músculos do esfínter externo e elevador do ânus se contraem (voluntário e consciente) e o conteúdo fecal retorna ao reto, onde será armazenado¹³. **(Figura 3)**

Figura 3: Esquema ilustrativo sobre o esfíncter intestinal externo (à esquerda) e estruturas musculares do intestino (à direita). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018.



Fonte: D.E. Beck et al. (eds.), *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery: Second Edition*, 1 DOI 10.1007/978-1-4419-1584-9_1, © Springer Science+Business Media, LLC 2011.

Fonte: Gartner LP, Hiatt JL. *Histologia essencial*. São Paulo: Editora Elsevier Saunders. 2012. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=X0HBickNIY4C&pg=PA239&lpq=PA239&dq=histologia+e+evacu%C3%A7%C3%A3o&source=bl&ots=bKexrl_VWg5&sig=P1vSqup3uhM6zKJG9K02PK1whyE&hl=pt-vS&sa=X&ved=0ahUKEwirva6115TaAhVCF5AKHZvDCT8Q6AEILiAB#v=onepage&q=histologia%20e%20evacu%C3%A7%C3%A3o&f=false

Quando o indivíduo se encontra em um momento oportuno, mecanismos como respiração profunda e contração dos músculos abdominais permitem que os reflexos de defecação sejam intencionalmente ativados. A inibição constante dos reflexos naturais pode ocasionar a constipação intestinal^{13; 17}.

A continência anal está ligada a questões emocionais, hormonais, neurológicas (demências e acidente vascular cerebral); alteração no volume e consistência das fezes, ocasionada, por exemplo, por doenças inflamatórias do intestino e uso abusivo de laxativos; diminuição da percepção anorretal como ocorre nas neuropatias periféricas e complascência retal diminuída após cirurgias e a presença de neoplasias⁷¹.

Durante o processo de envelhecimento, ocorre atrofia na musculatura do assoalho pélvico, a degeneração do esfíncter anal interno, o qual desencadeará a redução da complascência retal e sensibilidade anal⁷².

A incontinência anal, assim como a incontinência urinária, não contribui para a mortalidade, mas piora a qualidade de vida por consequência da alteração da autoimagem, isolamento social, alterações na pele, infecções urinárias e aumento dos custos econômicos^{20; 21}.

A Incontinência Anal (IA) é definida pela *International Continence Society* como uma perda involuntária das fezes ou gases em local e tempo socialmente inadequados, devido a alterações na musculatura do assoalho pélvico e musculatura esfíncteriana anal. A IA pode ser classificada como sensorial ou motora^{20; 21; 71}.

Na IA sensorial, ocorre a perda do conteúdo fecal sem que o indivíduo perceba, já na motora, o indivíduo percebe a perda do conteúdo fecal, porém não consegue contê-la. Sobre o conteúdo fecal perdido é possível classificá-lo/identificá-lo como sólido, pastoso e líquido e também gases^{20; 21; 71}.

A incontinência urinária e anal são fatores de risco para quedas, uma vez que o indivíduo se desloca com rapidez com o intuito de chegar a tempo ao banheiro para evitar constrangimento. Os fatores decorrentes da queda como a imobilidade, declínio funcional, fraqueza muscular e risco de novas quedas dificultam/impossibilitam que o indivíduo com alteração na continência seja independente⁶².

A diminuição do tônus muscular, da função motora do cólon, das bifidobactérias (auxiliam no equilíbrio da microbiota intestinal) e o aumento do pH luminal devido à diminuição das bactérias, ocasionando a má absorção dos minerais, são fatores que podem contribuir para o surgimento da constipação intestinal^{16; 18; 66; 69}.

A constipação intestinal pode ser classificada em primária ou funcional e secundária. A constipação primária tem origem funcional e, para diagnosticá-la, torna-se necessária a realização

de testes funcionais a fim de identificar se se trata de constipação de trânsito normal, constipação de trânsito lento ou de doenças ao ato evacuatório relacionadas às disfunções do assoalho pélvico^{69; 73}.

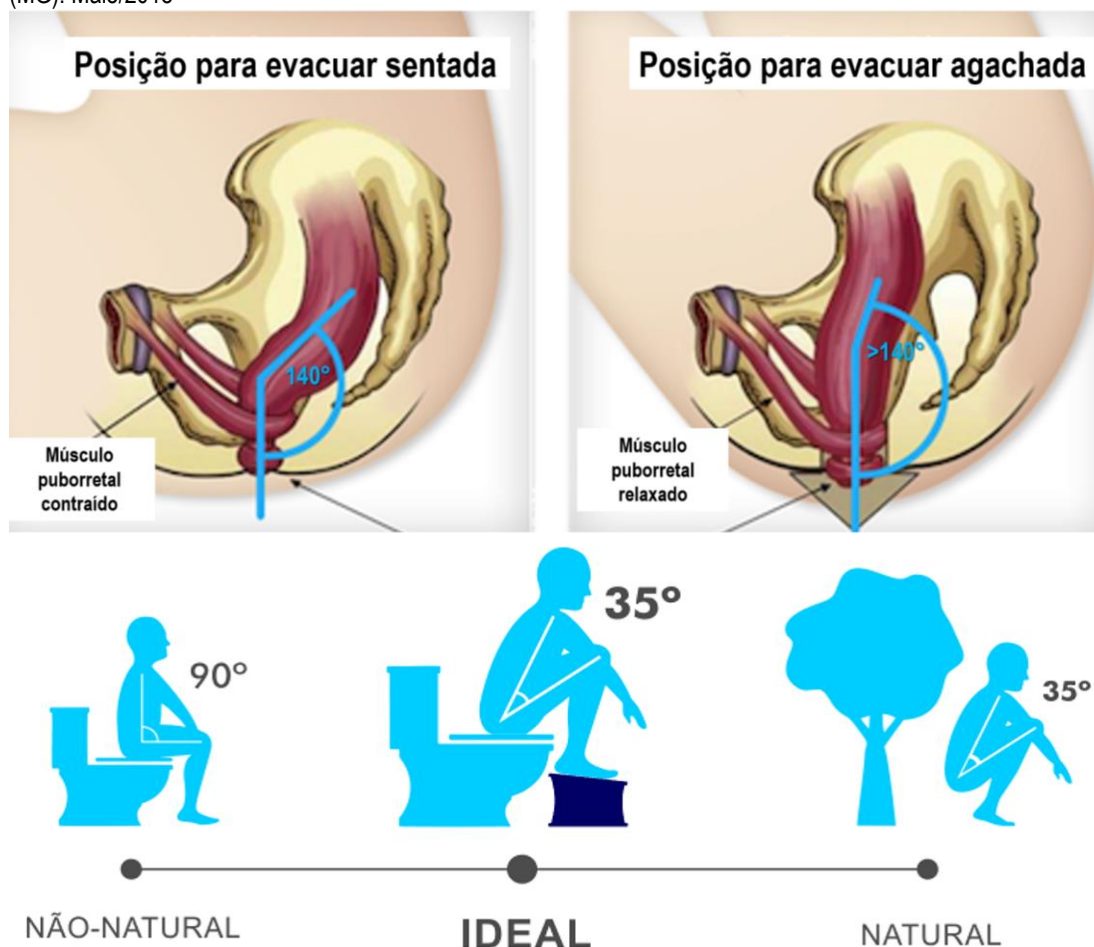
A constipação secundária possui causa intestinal como tumores, fissura anal, diverticulite ou extraintestinal, como fatores hormonais, metabólicos, doenças neurológicas e uso insensato de medicamentos^{69; 73}.

A constipação intestinal apresenta como complicações na saúde da pessoa idosa o fecaloma, distensão abdominal, complicações hemorroidárias, câncer de cólon, risco de fistula anal, infecção urinária, incontinência, obstrução intestinal e perfuração do cólon^{16; 18; 66; 69}.

Os fatores que determinam a constipação intestinal são idade, hábito alimentar com deficiência em fibras, baixa ingestão hídrica, alterações hormonais e polipeptídeos intestinais, mudança na fisiologia dos órgãos pélvicos e lesões neurológicas⁶⁹. É definida segundo critérios de ROMA IV, como o indivíduo deve apresentar, nos últimos seis meses, dois ou mais desses sintomas: menos de três evacuações por semana, fezes endurecidas ou fragmentadas, esforço ao evacuar, sensação de obstrução ou interrupção da evacuação, sensação de evacuação incompleta e realizar manobras manuais para facilitar as evacuações¹⁵.

Um aspecto culturalmente contextualizado capaz de influenciar as eliminações intestinais é a posição para evacuar, que constituiu uma variável desfavorável à fisiologia evacuatória quando comparada à posição de agachamento (**Figura 4**).

Figura 4: Esquema ilustrativo da influência da posição para evacuar sobre as eliminações intestinais. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Disponíveis em: <http://heartcore-athletics.com/wp-content/uploads/yljxpomnx9ibldawzebk.png> e <https://lolipot.com.br/#/explore>

Ao se posicionar em agachamento durante o ato evacuatório, o corpo faz uma angulação de 35° do tronco com os membros inferiores (MMII), o que favorece, por gravidade, o deslocamento do conteúdo evacuatório para o exterior, uma vez que a parte final do intestino grosso estará numa angulação próxima a 180°. O mecanismo envolvido é o afrouxamento do músculo puborretal sobre a parte distal do intestino grosso, o que não ocorre quando uma pessoa utiliza a posição tradicional para evacuar, ao assentar-se no vaso sanitário na posição em que o tronco corporal fica a 90° com os MMII⁷⁴.

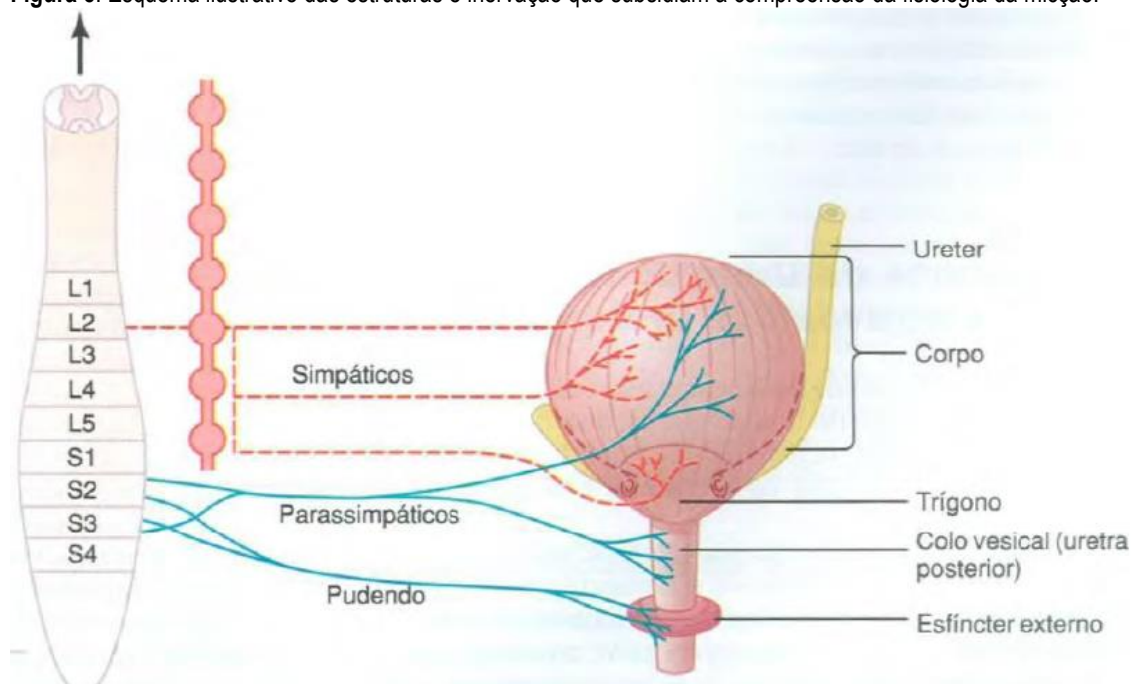
Outro padrão de eliminações é o padrão urinário. O processo de micção ocorre primeiramente pelo enchimento progressivo da bexiga, que ocasiona uma tensão na parede do músculo detrusor (aumentando a pressão no interior da bexiga), atingindo o nível limiar. Posteriormente, ocorre o reflexo nervoso autônomo da medula espinhal para o esvaziamento da bexiga, este é denominado de “reflexo de micção”¹⁷.

A bexiga possui duas partes principais: o corpo, local que a urina é armazenada e o colo, que é a extensão do corpo e onde irá se conectar a uretra. A parte inferior do colo da bexiga é denominada de uretra posterior ou colo vesical¹⁷.

O colo vesical é revestido do músculo detrusor e tecido elástico, o que se confere nesta área como esfíncter interno. O esfíncter interno permite que a urina não escape até que a pressão principal seja superior ao limiar crítico¹⁷. Além do esfíncter interno, há também o externo, o qual “está sob controle voluntário do sistema nervoso e pode ser usado para evitar conscientemente a micção até mesmo quando controles voluntários tentam esvaziar a bexiga”^{17:312p.}

A principal inervação da bexiga é pelos nervos pélvicos, estes contêm fibras sensoriais (detectam a distensão da parede vesical) e motoras que se conectam à medula espinhal e qualquer alteração nesta inervação altera a micção voluntária¹⁷ (**Figura 5**).

Figura 5: Esquema ilustrativo das estruturas e inervação que subsidiam a compreensão da fisiologia da micção.



Fonte: GUYTON, 2011 ¹⁷

A micção voluntária ocorre quando:

o indivíduo voluntariamente contrai a musculatura abdominal, o que aumenta a pressão na bexiga e permite que uma quantidade extra de urina, pelo aumento da pressão, entre no colo vesical e na uretra posterior, distendendo suas paredes. Isso estimula os receptores de estiramento e dispara o reflexo da micção, inibindo, simultaneamente, o esfíncter externo uretral^{17:313p.}

Com o processo natural do envelhecimento humano, este reflexo de micção voluntária é retardado, o músculo da bexiga apresenta-se enfraquecido, atrofiado, o tecido muscular é substituído por tecido adiposo e perde a força de contração e a capacidade vesical diminui. Isso

favorece a retenção de grandes volumes de urina e a perda do controle miccional, o que poderá propiciar o aparecimento da Incontinência Urinária (IU)^{24; 75; 76}.

A retenção urinária consiste na incapacidade de urinar voluntariamente por 12 horas e a hipocontratilidade do músculo detrusor mesmo com volume urinário maior que o esperado. Os casos mais evidentes são devido a tumores como hiperplasia prostática nos homens, impactação fecal e maior risco de infecção do trato urinário nas mulheres, devido à proximidade da uretra e ânus e uso de drogas antidepressivas e anticolinérgicas em ambos sexos^{13; 17; 24}.

A IU é um problema de saúde pública e ainda sim é uma das queixas mais negligenciadas pelos profissionais de saúde e, na maioria das vezes, interpretada erroneamente como uma ocorrência do processo de envelhecimento humano¹².

Ela se deve a fatores que desencadeiam alterações no armazenamento e esvaziamento da bexiga, são eles: fatores predisponentes como gênero, idade e genética; fatores desencadeadores como cirurgias, paridade, lesões no nervo pélvico e muscular e radiações; a fatores promotores como disfunção intestinal, obesidade, medicamentos, infecção e menopausa; fatores transitórios e reversíveis como ações medicamentosas, infecção, imobilidade e constipação intestinal⁷⁷.

O determinante transversal gênero interfere no fato de a ocorrência de incontinência urinária ser mais comum em mulheres devido às peculiaridades dos fatores desencadeadores citados anteriormente e do processo fisiológico como a multiparidade (21,3% apresentaram IU e 12,8% não), parto vaginal (17,5% tiveram incontinência e 12,8% não), parto traumático com uso de episiotomia (36,3% apresentaram IU e 25,1% não), tamanho do recém-nascido (7,5% tiveram IU e 5,7 não), gestação em idade avançada (com IU 43,7% e 28,4% sem IU), obesidade (28,8% com IU e 12,8% sem a mesma) e menopausa (a falta do estrogênio pode alterar a continência urinária, levando a atrofia da musculatura e a substituição do tecido vascular por tecido fibroso)⁵⁰.

A *International Continence Society* (ICS) definiu a UI como qualquer perda involuntária de urina e está relacionada ao comprometimento da autoimagem, das atividades sexuais e do convívio social, tanto familiar quanto com amigos ou profissional, além de despender gastos desnecessários do poder público e também individuais/familiares (uso diário de materiais como fralda e outros dispositivos)^{26; 27}.

Na abordagem das pessoas idosas por profissional da saúde, é comum que elas não mencionem nenhuma queixa referente a IU, seja por vergonha ou por acreditarem não ser um fator relevante ou por considerarem que não há tratamento/cura para seu problema, entendendo tratar-se de um evento peculiar ao processo do envelhecimento humano. Este fato justifica a

subnotificação da incontinência urinária e cursa com constrangimento e isolamento social^{12; 62; 78; 79}.

Durante o exame clínico, é necessário que o profissional de saúde, em particular o enfermeiro, solicite à pessoa idosa que descreva como é sua micção (frequência, volume, aspecto, odor, entre outros), evitando ruídos comunicacionais advindos de interpretações e deduções equivocadas sobre o que está sendo relatado. Esse relato favorece a identificação dos sintomas da incontinência urinária e permite classificá-la em: de urgência, de esforço, mista, enurese, noctúria e perda urinária pós-miccional^{26; 29}.

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU) está relacionada à perda da urina pelo forte, súbito e intenso desejo de urinar, desencadeado por origem motora da contração inapropriada e involuntária do músculo detrusor na fase de enchimento (hiperatividade) em consequência da obstrução, envelhecimento ou processos inflamatórios pélvicos e uretrais ou por origem sensorial como, por exemplo, nas cistites, neoplasias, entre outros^{26; 27; 76}.

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é a perda da urina associada a esforços que promovem aumento da pressão intra-abdominal (tosse, espirros, risadas) e ocorre a ausência de contração do músculo detrusor. Já a Incontinência Urinária Mista (IUM) é a associação dos sintomas/ocorrências da IUU e IUE^{26; 27; 76; 80}.

A Enurese consiste na perda da urina durante o sono e, quando há mais de dois episódios de desejo de urinar durante a noite, é classificada como noctúria. Este último atrapalha a qualidade do sono e aumenta o risco de quedas, já que a pessoa acorda sonolenta várias vezes para ir ao banheiro. A perda urinária pós-miccional é a perda de urina por gotejamento após o indivíduo urinar^{29; 76}.

Como o envelhecimento da sociedade é um fato global, percebe-se mediante as alterações intestinais e urinárias, a necessidade de uma abordagem coletiva do processo de envelhecimento por meio de programas e políticas públicas com foco na qualidade dos anos ainda a serem vividos^{12; 55}.

Pensar a atuação do enfermeiro junto a pessoas idosas remete à possibilidade da inserção do profissional enfermeiro e sua equipe nas redes de atenção à saúde. Concebendo o cuidado a partir das suas dimensões (pesquisar, ensinar, administrar, educar, assistir e participar politicamente), é possível identificar compatibilidade da participação da equipe de enfermagem em todas as redes de atenção à saúde⁸¹.

A partir do conjunto de ações profissionais produzidas no momento em que haja a demanda do cuidado de enfermagem, os enfermeiros e sua equipe se utilizam de ações abstratas e concretas que constituem tipos de tecnologias para viabilizar o cuidado que serão abordadas a seguir⁸¹.

4.2.2 Tecnologias leve-duras utilizadas para alicerçar a atuação do enfermeiro e sua equipe

As tecnologias categorizadas como leve-duras utilizadas para alicerçar a presente investigação no que tange à atuação do enfermeiro e sua equipe estão baseadas nos referenciais teórico-filosóficos contidos na Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), pelo uso de taxonomias para padronização da linguagem de enfermagem para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (Taxonomias Nanda I, NIC e NOC -NNN) e pelo uso das teorias de enfermagem^{37; 82; 83}.

A regulamentação do exercício profissional, no que tange à atuação dos trabalhadores que integram a equipe de enfermagem segundo as categorias retratadas na legislação brasileira foi regulamentada pela Lei nº 7.498, de junho de 1986. Seu conteúdo versa sobre as condições e graus de habilitação requeridos para que os membros da equipe de enfermagem atuassem em consonância com a regulamentação do exercício da enfermagem no território brasileiro⁸⁴.

Nessa Lei, a prescrição de enfermagem é apresentada de forma descontextualizada de uma linha de raciocínio clínico ou de um modelo de assistência, sendo mencionada como um recurso utilizado pelo enfermeiro capaz de subsidiar a programação das ações desenvolvidas nas instituições e serviços de saúde e nortear a ação laboral da equipe sob sua responsabilidade. A Lei n. 7.498/1986 trouxe como contribuição a conceituação e formatação da enfermagem segundo categorias de trabalhadores numa perspectiva do profissionalismo⁸⁴.

Foi no ano de 2002 que o Conselho Federal de Enfermagem, em uso de suas atribuições, instituiu a Resolução nº.272, que traz a concepção e conceituação atribuídas à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A concepção remete à ação a ser executada privativamente pelo enfermeiro, empregando “método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade”^{85:1}

Na trajetória histórica de construção de conceitos para retratar o processo de trabalho da equipe de enfermagem, a SAE, no Artigo 3º, foi concebida em seis etapas (histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem), e apresentadas com imprecisão taxonômica e conceitual capaz de distinguir a SAE do Processo de Enfermagem (PE), embora seja um marco na evolução da busca pela cientificidade da profissão

ao externar o compromisso do conselho de classe com a capacitação de seus membros para viabilizar a implementação da SAE⁸⁵.

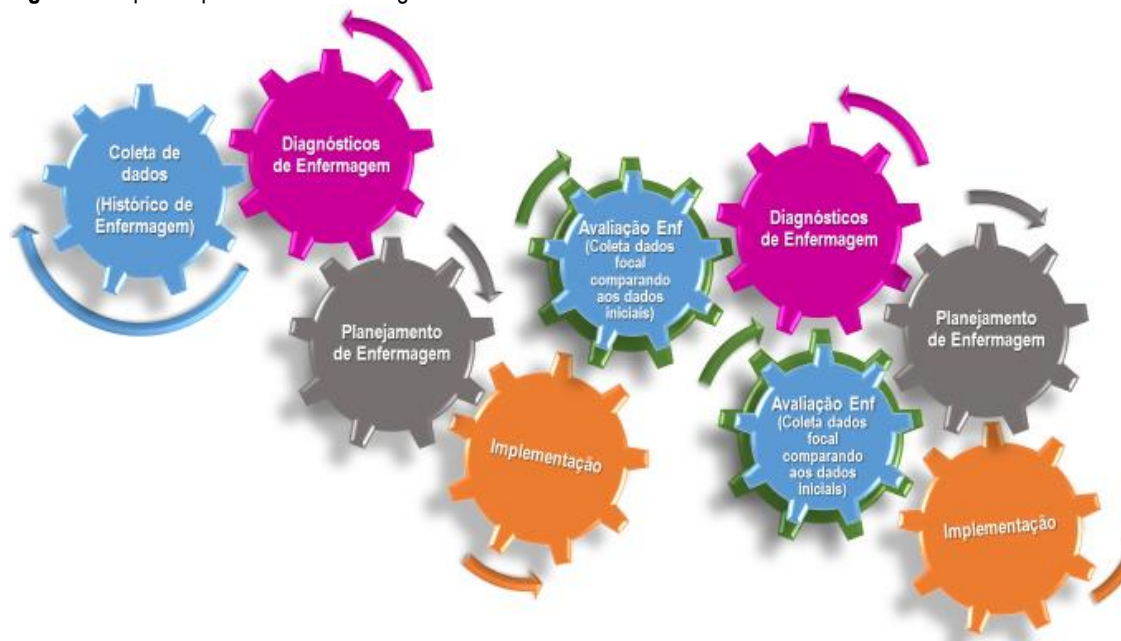
Foi com a Resolução n. 358, de 2009, que a SAE e o PE foram apresentados com distinções conceituais. A SAE foi concebida como uma estratégia para organizar o trabalho de enfermagem usando métodos, pessoas e instrumentos que permitem operacionalizar o PE. Esse tem como pressuposto tratar-se de uma ferramenta metodológica “que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional” ^{86:1}, concebida em cinco etapas (coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem) que utiliza um ou mais suportes teóricos para nortear o processo de coleta de dados a ponto de viabilizar a avaliação dos resultados alcançados após se percorrer as etapas interligadas, interdependentes e recorrentes⁸⁴.

A sistematização da enfermagem promove benefícios na assistência de enfermagem, fazendo com que todos os profissionais se refiram a um acontecimento da mesma forma, independentemente dos diferentes contextos e localidades geográficas. A padronização da linguagem promove o desenvolvimento da enfermagem como profissão, utilizando-se de embasamentos científicos na prática, estrutura, organiza o PE e promove a comunicação em nível internacional^{84; 87}.

O PE, a base estrutural da SAE, são ações de enfermagem fundamentadas em um conhecimento técnico-científico com o objetivo de organizar, orientar e documentar a assistência prestada pela equipe de enfermagem em todos os níveis de atenção^{86; 87}.

Na **figura 6**, constam as etapas do processo de enfermagem a partir de uma releitura de suas fases na prática clínica.

Figura 6: Etapas do processo de enfermagem



Nota: As autoras.

Na análise das etapas do processo de enfermagem apresentados na Resolução n. 358/2009, há uma tendência para interpretar sua articulação de forma linear e sequencial, embora na prática clínica, exista uma outra possibilidade de articular as etapas em uma sequência intencional a ponto de respaldar a realização de um redimensionamento das etapas a partir do uso do raciocínio clínico e diagnóstico, o que motivou a construção da **Figura 6**.

Considerando que os primeiros contatos do profissional de enfermagem com a pessoa idosa requerem um conhecimento de suas necessidades para a estruturação de uma proposta terapêutica e a busca de informações sobre o *continuum* saúde-doença, é possível identificar a coexistência de dois tipos de tecnologias nesse momento: a leve (caracterizada pela aproximação e a relação interpessoal entre o binômio profissional-pessoa idosa ou do trinômio profissional-pessoa idosa-cuidador/familiar) e a tecnologia leve-dura, caracterizada pelo uso de conhecimento profissional técnico capaz de, durante essa aproximação, realizar a coleta de dados a ponto de caracterizar as necessidades da pessoa idosa e, utilizando o raciocínio diagnóstico, chegar à etapa subsequente da SAE^{37; 87; 88}.

A etapa da coleta de dados, também conhecida como histórico de enfermagem, constitui a meta dos primeiros encontros, caracterizando-se por isso como a primeira etapa da SAE como uma aproximação intencional para conhecer o usuário e caracterizar quais os padrões de respostas humanas dentro do *continuum* saúde-doença que se encontram estabilizados ou desequilibrados e que, neste caso, demandarão ações terapêuticas de enfermagem^{82; 86}.

Na segunda etapa, o diagnóstico de enfermagem, ocorre a interpretação e o pensamento crítico dos dados coletados e a escolha do diagnóstico para retratar a situação em curso, potencial ou de bem-estar em que se encontra a pessoa de quem os dados foram coletados. Para que ela aconteça com redução da possibilidade de equívocos, é necessária a reunião do máximo de informações para que o julgamento clínico seja realizado alicerçado numa inferência com muitas evidências^{82; 86}.

O planejamento constitui a terceira etapa na qual se busca a “determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas”^{86:1}; é saber como se desencadeará o processo para que, no final, obtenha-se o êxito esperado. Como estratégia, na prática clínica, pode-se recorrer à elaboração da meta terapêutica com vistas a direcionar o olhar do enfermeiro para o foco do problema/situação a ser abordado/a^{82; 86}.

Para a realização dessa etapa do processo de enfermagem, o enfermeiro deverá elaborar propostas de intervenções baseadas em sua experiência e seu conhecimento profissional e/ou no julgamento clínico realizado por ocasião da elaboração do diagnóstico de enfermagem^{86; 89}.

A quarta etapa é a da implementação de enfermagem. Nessa fase, são operacionalizadas as intervenções de enfermagem previamente definidas e acordadas com os usuários/cuidadores/familiares e que estarão em acordo com a abordagem terapêutica para o diagnóstico estabelecido (quer seja real, de potencialidade ou de bem-estar). Nessa fase, deve ser explicitado como a intervenção terapêutica deverá ocorrer. Constitui-se por isso na viabilização do planejamento elaborado^{82; 86}.

Para a realização da avaliação de enfermagem, quinta fase da SAE, é necessário que seja realizada uma coleta de informações direcionadas para as evidências que motivaram a identificação do problema de enfermagem com vistas a se analisar comparativamente esses indicadores antes e após a intervenção terapêutica^{82; 86}. Significa que há necessidade de se estabelecer uma análise comparativa para que se possa dizer que houve melhora (da ação terapêutica), se não houver piora da situação (iatrogenia) ou identificar se ela se manteve como estava⁸⁶.

Tais respostas direcionarão o enfermeiro para a etapa de replanejamento, reajuste ou manutenção dos diagnósticos que continuarão a ser abordados terapêuticamente. Por isso é nessa fase que serão observadas as respostas humanas desencadeadas durante o período de tratamento e permitirão ao enfermeiro responder se o planejamento e as intervenções de enfermagem executadas motivaram ou não melhoras no indivíduo, família e comunidade, ou se é necessária uma nova abordagem com mudanças nas condutas a serem adotadas pelos profissionais^{82; 86}.

Outra estratégia de operacionalizar o processo de enfermagem é por meio da consulta de enfermagem. Ele constitui um tipo de tecnologia passível de ser utilizado pelo enfermeiro para captar

informações, interpretá-las e realizar as intervenções terapêuticas compatíveis com sua atuação laboral⁸².

A possibilidade de realização da consulta de enfermagem com pessoas idosas para abordagem dos padrões de eliminações urinária e intestinal constitui uma tecnologia utilizada pelo enfermeiro que possibilita compreender: quais são as influências pessoais, advindas das relações interpessoais e do ambiente sobre o padrão de eliminações e sobre a qualidade de vida do indivíduo; identificar as necessidades implícitas percebidas pela pessoa idosa e mapeadas pelo enfermeiro; quais são as intervenções que melhor atendem às singularidades de cada pessoa idosa abordada com o uso dessa tecnologia e quais os parâmetros a serem utilizados pela pessoa idosa para avaliar periodicamente o seu funcionamento intestinal e/ou urinário^{24; 84; 86}.

Para viabilizar a SAE, é possível utilizar taxonomias que permitam ao enfermeiro padronizar sua linguagem técnica. Há taxonomias que articulam linguagem para exprimir os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem^{14; 89; 90}.

Na presente investigação, optou-se por utilizar as seguintes taxonomias: *North American Nursing Diagnosis Association- Internacional (NANDA I)*¹⁴, *Nursing Intervention Classification (NIC)*⁸⁹ e *Nursing Outcome Classification (NOC)*⁹⁰ para padronizar os conteúdos informativos a serem utilizados na abordagem dos padrões de eliminações urinário e intestinal das pessoas idosas.

O critério utilizado baseou-se na possibilidade de compartilhamento de informações com redução de viés com outros serviços e profissionais de distintas culturas. Neste intuito, a seguir, estão abordadas as taxonomias dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem⁸³.

As taxonomias surgiram em 1982 com a *American Nursing Diagnosis Association (NANDA I)* por meio de um grupo de conferência nacional denominado "National Conference Group". Na atualidade, junto a esta taxonomia dos diagnósticos, há também as taxonomias de intervenções e resultados de enfermagem, constituindo sistemas classificatórios que oferecem alicerces conceituais e operacionais para a prática dos enfermeiros na implantação/execução da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE)^{14; 89; 90}.

As taxonomias permitem a uniformização da linguagem entre profissionais de enfermagem e possibilitam a permuta de experiências e impressões entre aqueles que atuam em distintas realidades e culturas, sendo por isso consideradas um veículo capaz de reduzir a ocorrência de ruídos comunicacionais nas interações interprofissionais⁸³.

A cada situação-problema, o enfermeiro direciona o olhar clínico para as informações coletadas, sendo elas subjetivas e objetivas, como também para as situações observadas durante o exame clínico, a fim de dar retorno ao indivíduo, à família, à comunidade e a toda a equipe, deixando

explícito seu julgamento clínico, dando visibilidade à sua terapêutica e propiciando a continuidade da assistência^{14; 83}.

Esta explicitação terapêutica é denominada como diagnósticos de enfermagem e são classificados em real (resposta humana indesejável), de risco (vulnerabilidade), de promoção à saúde (relacionados ao bem-estar), que por vezes estão organizados segundo a Taxonomia II em 13 domínios e 47 classes e diagnósticos de síndromes (reunião de problemas que se manifestam juntos)¹⁴.

No decorrer da transição da Taxonomia I para a Taxonomia II, o Comitê de taxonomias percebeu a necessidade de uma nova estrutura classificatória, antes denominada de “Padrões de Respostas Humanas”, cuja modificação possibilitou uma aproximação para os “Padrões de Funcionais de Saúde” de Marjorie Gordon com acréscimos à proposição inicial da referida autora com o objetivo de melhorar a estrutura das classificações. Tal fato possibilitou que a versão fosse estruturada em 13 domínios (promoção da saúde; nutrição, eliminação e troca; atividade e repouso; percepção e cognição; autopercepção; papéis e relacionamentos; sexualidade; enfrentamento e tolerância ao estresse; princípios da vida; segurança e proteção; conforto e crescimento e desenvolvimento)^{91; 92; 93}.

Ao realizar uma releitura das especificidades tecnológicas do tipo leve-dura passíveis de ser utilizadas na abordagem de pessoas com incontinência urinária e anal, nas reteções urinárias e constituições intestinais, foi possível identificar na taxonomia da NANDA I um domínio no qual estão alocadas as situações/circunstâncias de interesse para a presente investigação.

No domínio da “Eliminação e troca”, são abordadas duas classes, uma que se detém sobre as eliminações intestinais e outra para as eliminações urinárias. Elas apresentam nove tipos de diagnósticos distintos que se alocam dentro da função urinária e oito tipos de diagnósticos referentes à função gastrintestinal¹⁴.

Os diagnósticos segundo a taxonomia da NANDA I são apresentados com um título, uma definição e componentes que variam de acordo com o tipo de diagnóstico. Eles podem ser do tipo real, de risco ou de promoção de saúde cujos componentes específicos irão variar.

Visando favorecer a aproximação de iniciantes com o estudo dos diagnósticos de enfermagem, há na literatura⁹⁴ uma analogia com a aproximação entre sua estrutura e os elementos que compõem a estrutura e o uso de um trem, conforme mostra a **Figura 7**.

Figura 7: Esquema Ilustrativo contendo analogia entre os tipos de diagnósticos segundo taxonomia da NANDA I e a estrutura de um trem



Fonte: ARREGUY-SENA, 2008

Assim sendo, as características definidoras¹⁴ se constituem em evidências captadas por meio de sinais e sintomas relatados pela pessoa idosa, seus familiares/cuidadores ou detectadas pelas ações avaliativas realizadas pelos profissionais ou podem se constituir nos relatos dos indivíduos para uma dada situação com potencial de ser melhorada por ações de enfermagem de caráter de promoção da saúde.

Os fatores relacionados¹⁴ constituem a causa e a etiologia do problema e os fatores de risco estão relacionados às situações ou circunstâncias que exprimem a vulnerabilidade do indivíduo, família, grupo e comunidade diante de um dado problema.

Na versão da NANDA I, referente às eliminações intestinais (função gastrointestinal), foram identificados seis diagnósticos de enfermagem de interesse para a presente investigação, a saber: “Constipação”, “Risco de constipação”, “Constipação funcional crônica”, “Risco de constipação funcional crônica”, “Constipação percebida” e “Incontinência intestinal”, com concepções conceituais e pragmáticas para a assistência de enfermagem¹⁴.

Para a classe referente às eliminações urinárias, os diagnósticos de interesse são: “Disposição para eliminação urinária melhorada”, “Eliminação urinária prejudicada”, “Incontinência urinária de esforço”, “Incontinência urinária de urgência”, “Risco de incontinência urinária de urgência”, “Incontinência urinária funcional”, “Incontinência urinária por transbordamento”, “Incontinência urinária reflexa” e “Retenção urinária”¹⁴.

O enfermeiro de posse do conhecimento dos diagnósticos de enfermagem em curso para um dado indivíduo, utilizando-se da estrutura taxonômica da NANDA I, terá disponível os fatores relacionados/fatores de risco e/ou as características definidoras¹⁴ que lhe permitirão nortear o planejamento da assistência de enfermagem, deduzindo a partir do uso do raciocínio clínico e diagnóstico, quais as condutas terapêuticas passíveis de ser utilizadas, selecionando entre elas as que atendem à singularidade da pessoa idosa⁸².

No sentido de buscar os alicerces sobre os quais a presente investigação se estrutura, a seguir, serão abordados os tipos de tecnologias que são/precisam ser acessadas pelos enfermeiros ao prestar cuidados as pessoas idosas na perspectiva da promoção de saúde e prevenção de agravos ao abordar os padrões de eliminações intestinais e urinárias.

De acordo com esta estrutura de apresentação, os diagnósticos de enfermagem propiciam uma linguagem padronizada, a continuidade da assistência, além de subsidiar e nortear a atuação da equipe de enfermagem para a seleção das intervenções adequadas a cada contexto segundo a taxonomia da NIC⁸³.

A elaboração da NIC iniciou em 1987 e sua estrutura atual se aproxima da estrutura da taxonomia NANDA I, composta também de domínios e classes para melhor agrupar, classificar as

intervenções e relacioná-las aos diagnósticos de enfermagem. São sete domínios, a seguir: fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade. As eliminações intestinais e urinárias se enquadram no domínio “fisiológico básico” e na classe “controle da eliminação”⁸⁹.

A relação entre as taxonomias (NANDA I, NIC e NOC) permite a ação de enfermagem com respaldo e cientificidade, antes da NIC, as intervenções eram realizadas sem padronização e organização, não conferindo cientificidade ao processo.

Figura 8: Taxonomias NANDA I, NIC e NOC suas concepções e implicações para o processo de tomada de decisão, Juiz de Fora, 2018



Fonte: As autoras

Após a escolha do diagnóstico e intervenção, os resultados constituem o estado, a forma de se comportar ou percepção do indivíduo, família, grupo e comunidade e são mensurados segundo uma classificação usada pela NOC, a escala de Likert. Esta escala é enumerada de 1 a 5, sendo 1 a menor pontuação, a não desejada e 5 a melhor pontuação, ou seja, podendo chegar a um estado, percepção ou comportamento positivo como também negativo. Há também a opção “Não Aplicável” (NA), que não é quantificada por não mensurar de forma positiva e nem negativa⁹⁰.

A NOC apresenta 490 resultados que são divididos em domínios e classes. Os resultados de enfermagem encontrados nesta taxonomia permitem aferir a intervenção realizada pelo enfermeiro e equipe de enfermagem e se constituírem como “meta” (escore basal) estabelecida pelo profissional para o alcance de algum estado, comportamento ou percepção a fim de acompanhar a evolução ou identificar uma possível piora do indivíduo⁹⁰.

Nesta taxonomia, as eliminações intestinais e urinárias se enquadram no domínio dois “saúde fisiológica”, na classe da “eliminação”, com as seguintes abordagens: continência intestinal, continência urinária, eliminação intestinal, eliminação urinária e função renal⁹⁰.

Ao abordar os padrões/respostas funcionais de eliminação, é possível identificar que, embora se trate de um evento fisiológico, ele se manifesta pelas singularidades das respostas dos indivíduos ou dos grupos sociais. Isso remete à necessidade de uma abordagem metodológica e com tecnologias do cuidado capazes de contemplar essas dimensões⁵².

As teorias de enfermagem exprimem concepções e olhares de como o enfermeiro atua profissionalmente, de como concebe aquele que cuida, o que faz para cuidar e em que contexto esse cuidado ocorre. São os metaparadigmas que permitem reunir conceitos numa lógica explicativa de como se dá o cuidado de enfermagem⁹⁵.

Outra tecnologia leve-dura utilizada pelo enfermeiro são as teorias de Madeleine Leininger e Betty Neuman. A abordagem destas na presente investigação se deveu à intenção de direcionar o olhar da pesquisadora para concepções que estejam explicitadas sobre quem é o enfermeiro, como ele atua, como concebe a pessoa que cuida e em que contexto ele irá atuar. Explicitar os metaparadigmas elegíveis equivale a esclarecer conceitos e a articulação entre eles numa lógica explicativa de como se dá o cuidado de enfermagem⁹⁵.

Nesse sentido, na presente investigação, as teorias de Madeleine Leininger e de Betty Neuman⁹⁵ foram elegidas de forma a serem olhares explicativos de como o processo de eliminações intestinais e urinárias está sendo concebido pelo enfermeiro na perspectiva do cuidado de pessoas idosas em um contexto da APS.

Para compreender a proposta de Madeleine Leininger faz-se necessário remeter as determinantes que lhe influenciaram e para isso traçou-se uma síntese de sua formação. Ela nasceu nos Estados Unidos, no ano de 1925, e faleceu recentemente, em agosto de 2012. Graduiu-se em enfermagem na instituição St. Anthony’s School of Nursing, em 1948, concluiu mestrado em ciência da enfermagem em 1953, tornou-se membro da American Academy of Nursing. Foi a primeira enfermeira do mundo a obter o doutorado em antropologia, favorecendo o surgimento de um ramo dentro da enfermagem, a “enfermagem transcultural”⁹⁵.

No decorrer de sua experiência como enfermeira, trabalhou em um lar infantil que abrigava crianças com distúrbios mentais. Nesse convívio, identificou diferenças de comportamentos entre as crianças e percebeu que estas diferenças eram advindas de bases culturais distintas e que por isso cada criança necessitava de cuidado e formas de abordagens diferentes⁹⁵.

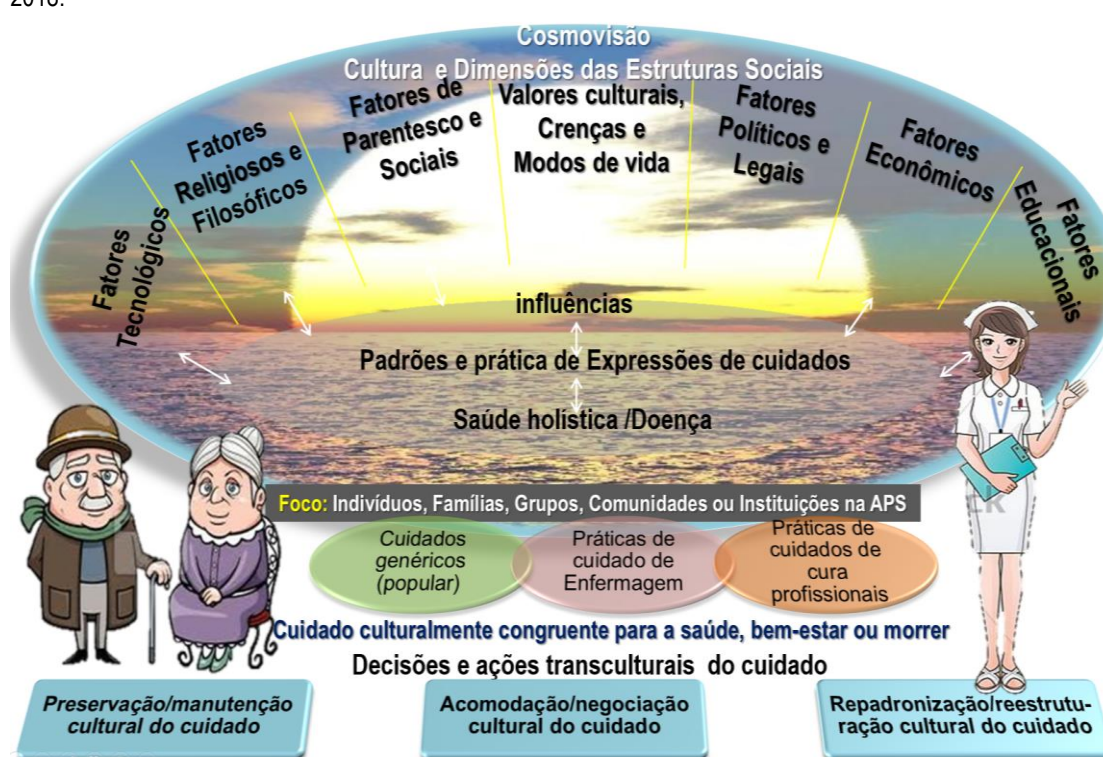
Leininger destacou a relevância do conhecimento obtido por meio da experiência direta ou por aqueles que a experimentavam, deu nome a isso de *êmico*, que remete o alvo na pessoa inserida num

contexto cultural. Para ela, cada indivíduo é capaz de exprimir a forma como deseja e necessita do atendimento do enfermeiro e este deverá ser capaz de desenvolver seus cuidados dentro de um contexto de crenças, normas e valores que será emitido pelo indivíduo^{96; 97}.

O cuidado de enfermagem estabelecido pela assistência ao indivíduo em todas as suas dimensões (social, física e psíquica) permite ao enfermeiro o conhecimento aguçado dos costumes, crenças, valores, atitudes e comportamentos do indivíduo. Este conhecimento é o que propicia a comunicação para que o cuidado venha a ser desenvolvido de acordo com a cultura da pessoa, atendendo a suas expectativas⁹⁷.

Esta abordagem teve início com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine M. Leininger, que tem como fundamento o conhecimento dos fatores culturais e sua influência no processo saúde-doença do indivíduo. Descreveu esta teoria no modelo denominado *Sunrise*, o sol nascente, o qual não se configura uma teoria e sim uma descrição dos elementos de sua teoria para diversas culturas (conforme esquema da **Figura 9**)^{96; 97}.

Figura 9: Esquema ilustrativo sobre o arcabouço conceitual da Teoria de Madeleine M. Leininger, Juiz de Fora, 2018.



Fonte: As autoras com base em ORIÁ, 2007.⁹⁶

Leininger, por meio do diagrama deste modelo teórico, demonstra que o sol simboliza o nascimento e o brilho do cuidado transcultural de forma intensa e que os fatores existentes das dimensões do indivíduo se inter-relacionam e afetam o processo de cuidar da enfermagem, são

eles: tecnológicos; religiosos e filosóficos; parentesco e sociais; valores culturais, crenças e modos de vida; políticos e legais; econômicos e educacionais^{96; 97}.

O modelo teórico apresenta os principais conceitos que são a saúde, a enfermagem, o indivíduo e o ambiente, fundamentais para a formulação de uma teoria de enfermagem. A saúde é tida como um completo bem-estar cultural de forma que o indivíduo é capaz de realizar suas atividades do dia a dia, ela se enquadra no núcleo central do sol, destacando sua importância na teoria⁹⁵.

A enfermagem é profissão que tem como instrumento principal o cuidado a fim de promover, manter e tratar a saúde dos indivíduos em uma perspectiva transcultural, atendendo os seres humanos naquilo que for preciso para seu bem-estar. O indivíduo é constituído no diagrama como a pessoa, família, grupo, comunidade e instituições que estão inseridos em um contexto cultural. O homem é capaz de cuidar de si e de seus dependentes de maneiras e em ambientes variados de acordo com sua cultura⁹⁸.

O ambiente ou sociedade é definido como “a totalidade de um evento, situação ou experiência”, determinando um grupo cultural onde há uma padronização de ações e pensamentos⁹⁵.

Na perspectiva deste modelo, o profissional oferece um/a cuidado/assistência de acordo com a cultura, valores e crença do indivíduo, compreendendo-o de maneira abrangente e permitindo que ele faça parte das escolhas destinadas a si próprio⁹⁸.

O cuidado de enfermagem exercido numa perspectiva mais abrangente e próxima à realidade de cada indivíduo requer, além de conhecimentos teóricos e práticos, uma abordagem diferente durante a assistência, compreendendo de forma integral o ser, por meio de informações socioculturais colhidas/observadas numa abordagem mais profunda⁹⁸.

Esta abordagem é complexa e aprofundada. O enfermeiro busca concomitantemente com o usuário estabelecer o que é melhor para ele, fazendo com que o interesse de ambos seja levado em consideração na formulação do planejamento mais adequado das subjetividades, particularidades e necessidades deste indivíduo frente a um olhar clínico do enfermeiro, ou seja, a articulação do cuidado êmico (particular a cada cultura e indivíduo) e do cuidado ético (profissional)⁹⁸.

O modelo teórico de Leininger apresenta como pressupostos: 1) o cuidar é universal, porém pode variar entre diferentes culturas; 2) indivíduos de culturas distintas percebem o cuidado de formas diferentes, entretanto apresentam pontos comuns de cuidados que são semelhantes entre estas diferentes culturas; 3) o processo de cuidar é de suma importância para o crescimento,

amadurecimento e sobrevivência do ser humano; 4) a inexistência da cura sem o cuidado, porém há cuidado sem cura⁹⁷.

Com base nesta teoria, o enfermeiro é capaz de assistir a pessoa idosa para além da doença, sinais e sintomas, passando a observar no que a cultura, os valores e as crenças embasadas em uma herança familiar podem contribuir no processo saúde-doença. E, mediante este olhar clínico e evitando impor sua opinião/decisão, o profissional estabelece uma comunicação, intervenção e avaliação adequada a cada ser idoso^{97; 98}.

O cuidado transcultural contribui para uma conduta terapêutica individualizada, adequada e direciona para uma comunicação significativa com o indivíduo, melhor adesão ao tratamento por parte deste, além de diminuir conflitos e estresse entre profissionais e usuários. Confere satisfação e bem-estar físico, psíquico e social ao indivíduo, à família e comunidade^{97; 98}.

O segundo referencial adotado foi a Teoria dos sistemas proposta por Betty Neuman, no sentido de instrumentalizar o leitor com seus antecedentes consta a seguir uma síntese de sua trajetória e contexto em que elaborou sua proposta teórico-filosófica.

Neuman nasceu em Lowell, nos Estados Unidos da América. A mãe de Betty Neuman era parteira rural e, enquanto criança, Neuman cuidou/acompanhou seu pai que ficou internado durante seis anos para tratamento da doença renal crônica. Estas foram suas influências durante a infância e juventude para começar a cursar enfermagem^{95; 99}.

Terminou sua formação em 1947, no *Hospital School of Nursing em Akron*; em 1957, o bacharelado em enfermagem; mestrado em Saúde Mental em 1966, na Universidade da Califórnia, e o doutorado em Psicologia Clínica no ano de 1985, na *Pacific Western University*^{95; 99}.

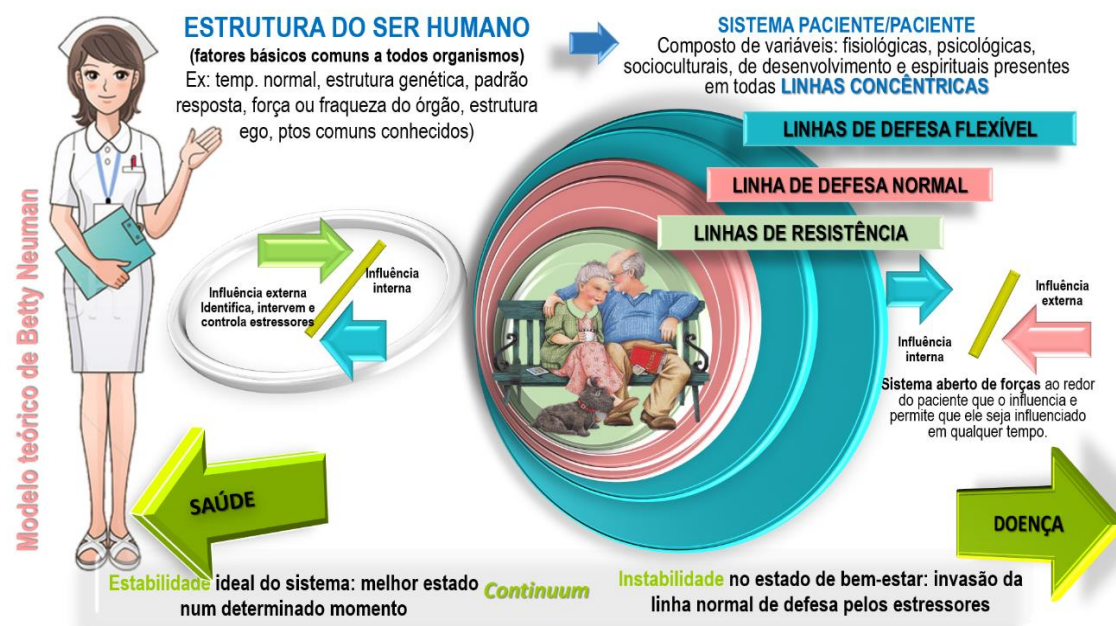
Atuou como enfermeira no ensino, na prática clínica, na saúde mental e comunitária, em consultoria em saúde pública e nos cuidados de pessoas em unidades intensivas e com infecções transmissíveis, sendo considerada pioneira no movimento comunitário de Saúde Mental na década de 60^{95; 99}.

Neuman propôs em 1970 um modelo teórico estruturado a partir de sua prática de ensino em resposta aos estudantes para abordagem das pessoas em sua visão geral (fisiológica, desenvolvimentista, sociocultural e psicológica). Esse modelo foi sendo aprimorado e passou por algumas alterações, tendo sido publicadas três edições do "The Neuman Systems Model"^{95; 99; 100}.

O modelo de Neuman foi influenciado pelos níveis de prevenção de Gerald Caplan (1964), pela Teoria do stress de Hans Selye (1950) e Lazarus (1981), pela filosofia Marxista de Cornu (1957), pela Teoria de Chardin (1955) a respeito da totalidade da vida em que o todo influencia as partes e na teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) e Laszlo (1972)^{95; 100}.

Neuman, em seu modelo teórico, considera o cliente (indivíduo, grupo, família e comunidade) como um sistema aberto que sofre influências intra, inter e extrapessoais e, neste sistema, atuam os estressores (estímulos) que podem ser positivos e negativos, os quais modificam ou perfazem a estabilidade/equilíbrio do sistema. Este equilíbrio do sistema sofre alterações e é alcançado quando as energias usadas são menores que a energia disponível (conforme esquema ilustrativo da **Figura 10**)^{95; 99; 100}.

Figura 10: Esquema ilustrativo sobre o arcabouço conceitual da Teoria Betty Neuman, Juiz de Fora, 2018.



Fonte: As autoras

As influências intrapessoais são aquelas que ocorrem dentro do sistema do indivíduo, em seu ambiente interno. As influências interpessoais ocorrem fora do sistema do indivíduo e configuram-se como a relação desta pessoa com um ou mais indivíduos. Já os estressores extrapessoais são aqueles existentes no ambiente externo e estão mais distantes que os estressores interpessoais^{99; 100}.

Neuman observa o indivíduo de forma holística, considerando suas variáveis fisiológicas (funções e estrutura do organismo), psicológicas (pensamentos e os relacionamentos), espirituais (crenças), socioculturais (atividades culturais e sociais) e desenvolvimentistas (desencadeamento do ciclo de vida). Em uma situação ideal, essas variáveis se articulam de forma harmoniosa, possibilitando o equilíbrio do sistema em relação aos estressores advindos, tanto internos quanto externos^{99; 100; 101}.

O indivíduo, segundo Neuman, possui três linhas de defesa em seu sistema: a linha flexível de defesa, linha normal de defesa e a linha de resistência. A linha normal de defesa é

facilmente atingida quando a linha flexível (limite externo) está próxima a esta linha de defesa normal, não oferecendo assim uma proteção adequada. Por isso, quando a linha normal de defesa sofre influência de estressores, ela se modifica com o tempo e irá refletir em sintomas de instabilidade ou doença^{95; 99; 101}.

A estabilidade ideal do sistema configura-se para Neuman como a saúde e o bem-estar ideal do indivíduo, ou seja, a energia disponível é maior que a utilizada, já quando a energia utilizada é maior que a disponível, o sistema move-se em direção ao desequilíbrio, à doença. Há algumas prevenções que mantêm este equilíbrio do sistema, são elas: prevenções primárias, secundárias e terciárias^{95; 99; 101}.

As prevenções primárias são ações de promoção à saúde e que fortalecem a linha de defesa flexível por meio de ações antecipadas à reação do sistema ao estressor. A prevenção secundária são ações para a retomada do equilíbrio do sistema, ou seja, o estressor atingiu o sistema e este apresentou uma reação, as ações desta prevenção estão voltadas para a proteção da linha de resistência. Já a prevenção terciária ocorre após as ações de tratamento para atingir o equilíbrio na prevenção secundária, de forma a manter o bem-estar e auxiliar na recomposição do sistema⁹⁹.

O modelo teórico de Neuman apresenta como preposições: 1) cada indivíduo ou grupo é considerado único devido as suas características individuais, porém apresentam fatores comuns dentro de uma variação em uma estrutura básica; 2) cada cliente apresenta respostas normais e diferentes frente à exposição aos riscos, isso se deve à linha de defesa de cada um; 3) quando a linha de defesa flexível não é mais capaz de proteger o sistema do indivíduo, ocorre a exposição do mesmo aos estressores que irão desencadear reações em graus diferentes em cada cliente mediante as variáveis fisiológicas, socioculturais, psicológicas, entre outras, de cada um; 4) as inter-relações entre as variáveis fisiológicas, socioculturais, psicológicas, espirituais e desenvolvimentistas proporcionam um sistema dinâmico; 5) cada cliente possui em seu sistema linhas de resistência que atuam de forma a estabilizar o cliente ao seu estado normal e protegê-lo de estressores ambientais; 6) As prevenções primárias, secundárias e terciárias atuam de forma a promover, tratar e manter o equilíbrio do sistema, respectivamente e 7) o cliente está sempre trocando energia com o ambiente⁹⁵.

O cuidado prestado pela equipe de enfermagem é com vistas a perceber os riscos aos quais o indivíduo, pessoa idosa está exposta por influências de estímulos inter, intra e extrapessoais e atuar de maneira a diminuir estes riscos, a tratar o desequilíbrio e reconstituir a estabilidade do sistema e, conseqüentemente, o bem-estar ideal do indivíduo¹⁰².

Neuman e Leininger consideram que o cuidado deve ocorrer de forma holística, observando o indivíduo na sua totalidade, contemplando suas necessidades e o profissional enfermeiro deverá ser capaz, segundo Neuman, de perceber os estressores internos e externos e intervir de forma a conseguir o equilíbrio do sistema; e, segundo Leininger, o profissional deverá captar o meio em que este indivíduo está inserido e, a partir desta concepção, conseguir identificar seus valores e crenças que são tão característicos e determinantes das diferentes culturais e ambos serem capazes de planejar uma única intervenção, a mais adequada para aquele indivíduo na sua particularidade⁹⁵.

Partindo deste ponto de vista individual, as mensurações e autopercepções constituem as variáveis de interesse e, para se atingir a abordagem grupal numa perspectiva social, optou-se por utilizar a Teoria das Representações Sociais que consta a seguir.

4.3 ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL E A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

O termo “Representações Sociais” (RS) surgiu em 1961, sendo apresentado por Serge Moscovici em sua obra intitulada “A representação social da psicanálise”. A pretensão do referido autor era ampliar a proposição elaborada por Émile Durkheim quando este buscou uma explicação para a forma como a psicanálise era propagada e o fez a partir da concepção das Representações Coletivas (RC)¹⁰³.

O pensamento de Moscovici e o de Durkheim se distinguem pela concepção que atribuem à representação. Enquanto Durkheim acreditava no caráter estático das RCs e defendia a separação das representações individuais e coletivas, em perspectivas psicológica e sociológica respectivamente, Moscovici acreditava no caráter dinâmico das RSs e procurava estabelecer uma ciência “mista” a partir da qual estava concebida uma combinação de conceitos sociológicos e psicológicos¹⁰³.

Em coerência com pensamento de Moscovici, a RS, atualmente, alicerça-se em abordagens da sociologia, antropologia e psicologia e tem como objeto de estudo a relação entre indivíduo e sociedade. Tal concepção permite entender como o indivíduo em seu meio social constrói o conhecimento a partir da sua inserção social e cultural, por isso é possível inferir sobre a valorização do real, levando em consideração as dimensões sociais e o saber do senso comum^{103; 104}.

Moscovici alega que “o propósito de todas representações sociais é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar”^{103:20p.} e esse processo se dá por meio de dois mecanismos estruturados na ancoragem e na objetivação¹⁰³.

A ancoragem está relacionada à aproximação do sujeito com o objeto, dando significado a este último, refere-se à capacidade de transformar algo, uma ideia e concepção desconhecida em conhecida, a ponto de conectá-la a conhecimentos prévios e que integram o seu cotidiano, a ponto de nomeá-la e classificá-la, tornando-a conhecida. Vale ressaltar que essa denominação e representação pode variar com o tempo e de acordo com o contexto sociocultural¹⁰³.

A objetivação é a transformação de algo abstrato percebido (ideia, conceito, opinião e etc.) em imagens concretas conhecidas, “é reproduzir um conceito em uma imagem”. Esta forma de tornar algo concreto, no mundo exterior, varia de acordo com o meio (cultura) que o indivíduo está inserido e este processo o auxilia na comunicação da realidade de um contexto social. Vale ressaltar também que essas imagens estão continuamente em transformação¹⁰³.

O avanço de investigações realizadas no campo da Teoria das Representações Sociais (TRS) possibilitou o desenvolvimento de algumas abordagens metodológicas distintas, compatíveis entre si e complementares que visam apreender aspectos distintos das construções coletivas. Isso implica utilização de estratégias técnico-metodológicas diferentes que são compatíveis para a apreensão do objeto de investigação¹⁰⁵.

Nesse sentido, é possível identificar algumas vertentes, a saber: a abordagem Societal, liderada por Willem Doise^{106; 107}; a abordagem Estrutural, liderada por Jean-Claude Abric^{104; 108} e a abordagem Processual, liderada por Serge Moscovici e sua seguidora Denise Jodelet^{109; 110}. Cabe mencionar que, no Discurso do Sujeito Coletivo, liderado por Lefèvre,¹¹¹ há a tendência de ser analisado na perspectiva de uma técnica e não necessariamente uma abordagem distinta.

A **abordagem Societal** é direcionada ao psicossocial experimental. Doise argumenta ser “um campo simbólico comum (compartilhado) em relação ao qual os indivíduos ou os subgrupos tomam posições variadas. Isso porque se tem como objetivo explicar as variações entre indivíduos”^{107:45p.}

Compreende que os grupos possuem crenças, representações, culturas e ideologias diferentes, tendo, portanto, conceitos diferentes sobre o mesmo tema/objeto. Estas características sociais/relacionais ligadas aos grupos dão significado à conduta e ao comportamento do indivíduo (o sistema cognitivo)¹⁰⁶.

Do ponto de vista de sua aproximação com a área de enfermagem, essa abordagem traz como possível contribuição para a área o fato de retratar as peculiaridades do indivíduo enquanto respostas humanas individuais mediadas pelo contexto social de um dado objeto, situação ou circunstância.

O Discurso do Sujeito Coletivo, enquanto técnica, permite acessar por meio dos depoimentos de um grupo de pessoas os conhecimentos, valores e representações que, após analisados, possibilitam compor um mosaico de pensamentos que retratam um contexto social a respeito de uma temática. A forma operacional que permite realizar essa reunião de pontos de vista, comportamentos e valores distintos é realizada pelo agrupamento das diferentes ideias num mesmo texto. Essa junção dos fragmentos de discursos dos sujeitos que retratam posicionamentos é trabalhada de forma sistemática e padronizada com vistas a produzir um texto compilador de posições que permite acessar o conhecimento elaborado e compartilhado de uma coletividade¹¹¹.

A aplicação dessa técnica, ao ser pensada na perspectiva de sua utilização pela área de enfermagem, possibilita reunir distintas posições num mesmo texto a ponto de retratar a diversidade de posicionamentos e pensamentos das pessoas cuidadas por enfermeiros e suas equipes.

A Abordagem Estrutural parte do pressuposto da existência de elementos estruturais com diferentes hierarquias em uma representação social sobre um determinado objeto ou a respeito de temas de conhecimentos contextualizados na vida social. Entre esses elementos, estão os estruturais, que retratam aspectos cognitivos, informativos, valorativos e objetivos das representações^{104; 108}.

A forma como essa abordagem concebe as representações é retratada pela Teoria do Núcleo Central (TNC). Esta constitui a principal forma explicativa da abordagem estrutural que é composta por dois subsistemas: o núcleo central, no qual se localizam os elementos que definem as representações sociais, por isso ele proporciona estabilidade aos sistemas, justificando, assim, o fato de essa estrutura ser resistente às mudanças¹⁰⁴. O outro sistema é o periférico. Nele se concentra a maior parte dos elementos da representação advindos das experiências individuais do membro de um dado grupo social. Diferente do núcleo central, os componentes da periferia podem sofrer alterações, fato que dá a eles a característica de ser flexíveis, a ponto de compatibilizarem-se com outros valores e posicionamento, proporcionando versatilidade, estabilidade e proteção aos conteúdos alocados no núcleo central^{104; 108}.

Sua aplicação à área de enfermagem possibilita distinguir quando um comportamento traduz a percepção de um grupo ou pessoal/subgrupo. Isso equivale a dizer a utilização da TRS, na abordagem estrutural, permite hierarquizar o que se traduz numa concepção grupal ou um posicionamento pessoal. Sua utilização na área de enfermagem constitui em uma das estratégias que seja capaz de pensar um cuidado individualizado para grupos de pessoas, a partir do contexto grupal que essa linha de investigação possibilita apreender¹⁰⁸.

A Abordagem Processual parte do discurso do indivíduo para acessar conteúdos grupais. Por isso possibilita apreender e compreender as representações sociais a partir da forma como elas foram

originadas dentro da construção da RS e entender comportamentos, conhecimentos, valores e representações a partir de como os indivíduos vincularam o objeto estudado com sua realidade^{109; 110}.

A aplicação da abordagem processual da TRS para a área da enfermagem permite reflexões de como o enfermeiro deverá direcionar sua atuação terapêutica na medida em que a compreensão dos componentes originados dos comportamentos dá foco à intencionalidade terapêutica.

Com as mudanças no perfil do envelhecimento humano, as pessoas idosas estão envelhecendo com perspectivas diferentes uma das outras devido a fatores sociais, econômicos, culturais e crenças, fatores estes que estão incorporados ao contexto de situações vivenciadas por elas e as RSs permitem acessar o senso comum, apreender representações e saber o que este grupo de pessoas pensa sobre si e sobre a vida no momento em que se encontra^{35; 112}.

Independentemente da abordagem e/ou técnica utilizada na TRS, sua aproximação com a área de enfermagem instrumentaliza o enfermeiro pesquisador para captar, por distintas formas, o contexto e a realidade social por meio da compreensão e da apreensão do significado social atribuído a algo por alguém (social). Isso possibilita o entendimento de condutas, posições e decisões adotadas pelo sujeito a partir de uma análise alicerçada no ponto de vista coletivo³⁵.

Cabe mencionar que, na presente investigação, foram adotadas as abordagens processual e estrutural para as eliminações intestinais e urinárias entre pessoas com idade ≥ 65 anos.

4.4 MAPA CONCEITUAL: A BUSCA PELA ARTICULAÇÃO DE CONCEITOS E CONCEPÇÕES

A transversalidade com que o padrão de eliminações urinária e intestinal se mostra no contexto da vida cotidiana e as peculiaridades que a integram, quando se pretende realizar uma abordagem que contemple o processo de envelhecimento humano, explicam a variedade de conceitos utilizados neste capítulo, justificando a reunião de referenciais teóricos, conceituais, filosóficos e técnicos com vistas à sustentação da temática de investigação.

Para dar mais clareza da articulação entre vários elementos apresentados, busca-se a seguir mostrar sua articulação interna a partir da apresentação do mapa conceitual¹¹³. Isso por que, na presente investigação, o padrão intestinal e o urinário estão sendo concebidos como decorrentes de um estilo de vida e conectados a hábitos que promovem e/ou impactam um funcionamento orgânico saudável, a autoestima e a socialização.

Essas opções/escolhas e costumes diários das pessoas idosas podem ser alvo e compatíveis com intervenções terapêuticas de enfermagem que visam habilitá-las para a busca de seu bem-estar, adaptabilidade de seu estilo e opções na vida com a funcionalidade saudável das eliminações urinária e intestinal e com um convívio social agregador e estimulador para a conexão com possíveis redes de apoio quando as mesmas se fizerem necessárias.

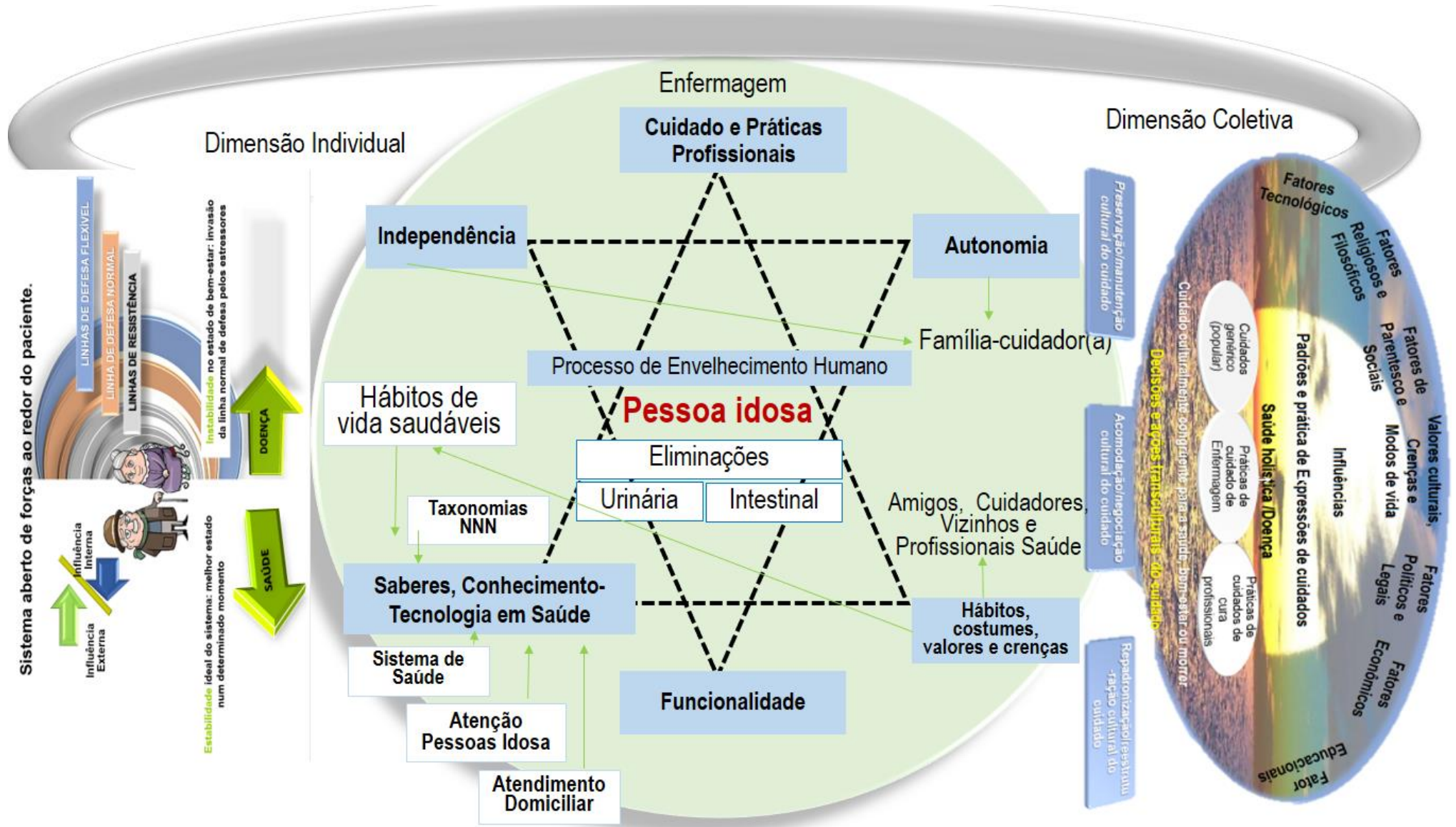
Ao aproximar essa concepção de uma abordagem direcionada para o olhar profissional de enfermeiros na perspectiva de competências e habilidades para lidar com o padrão de eliminações urinária e intestinal na perspectiva de promoção de saúde, prevenção de agravos, recuperação, tratamento e reabilitação, faz-se necessário captar inicialmente qual a percepção individual e coletiva das pessoas alvos do cuidado. Como na presente investigação essa ação é direcionada, a partir de um recorte, às pessoas idosas, faz-se necessário conhecer suas demandas de cuidado com atenção às suas (in)capacidades e (in)dependências a fim de compreender suas potencialidades e limitações para se engajarem no cuidado de forma a lhes garantir qualidade aos anos a serem vividos.

Nesse contexto, saber como as pessoas idosas percebem a instalação do processo de alteração do padrão de eliminações urinária e intestinal e como lidam com seu surgimento/ocorrência no cotidiano pode auxiliar ao enfermeiro no planejamento de um cuidado individualizado e contextualizado¹².

Destarte, o que se busca nesta investigação é abordar o padrão de eliminações intestinais e urinárias em pessoas idosas, no contexto domiciliar com vistas à identificação de informações capazes de elucidar as demandas de cuidados.

Assim, busca-se subsidiar a estruturação de uma proposta tecnológica composta por um instrumento capaz de embasar a realização do processo de coleta de dados, a elaboração dos principais diagnósticos de enfermagem compatíveis com a promoção da saúde, prevenção e tratamento de eventos a respeito dos padrões de eliminações.

Figura 11: Mapa Imagético contendo os constructos teóricos e filosóficos utilizados na presente investigação, Juiz de Fora, 2018



Fonte: As Autoras

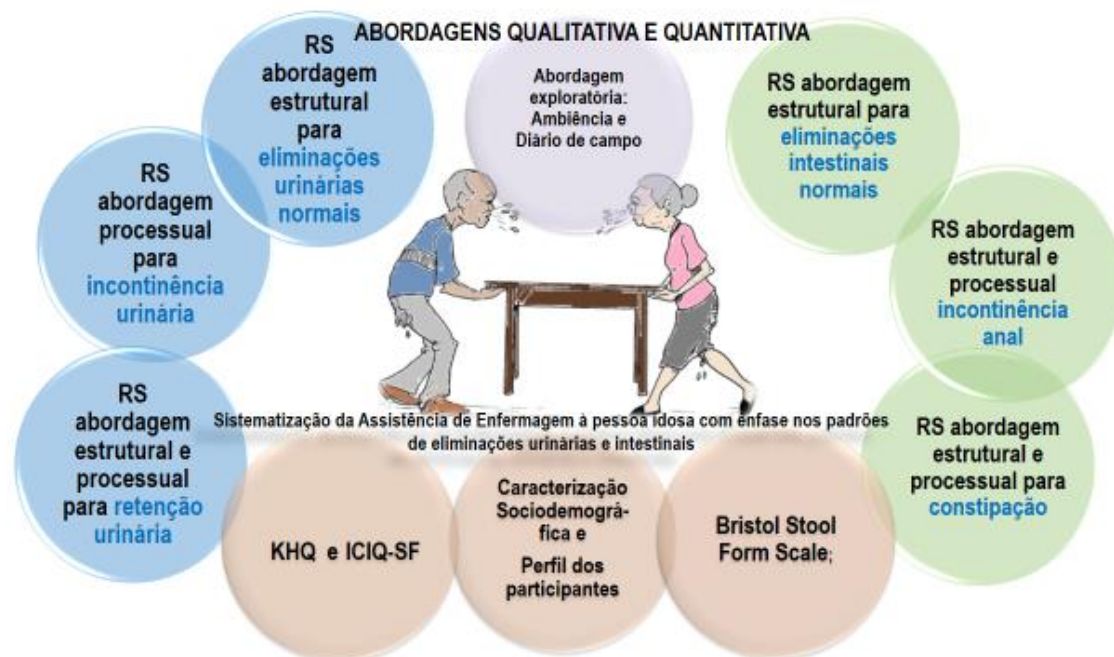
5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, foram apresentadas a trajetória e as técnicas que possibilitaram a operacionalização da presente investigação.

5.1 DELINEAMENTO

Pesquisa qualiquantitativa delineada na Teoria das Representações Sociais e num estudo seccional sobre os padrões de eliminações intestinal e urinário de pessoas com idade ≥ 65 anos. Ela foi operacionalizada em cinco etapas, a saber: 1) abordagem exploratória para realização da ambiência e registro do contexto sociocultural em diário de campo e parte dos resultados consta do cenário da investigação; 2) estudo seccional contendo caracterização e perfis de eliminações urinárias e intestinais; 3) abordagem estrutural (segundo Abric)¹⁰⁴ das representações sociais; 4) abordagem processual (segundo Moscovici)¹⁰³ das representações sociais e 5) construção de tecnologia para abordagem de pessoas idosas em domicílio na perspectiva do padrão de eliminação urinário e intestinal utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (Figura 12).

Figura 12: Representação esquemática dos componentes das abordagens qualitativas e quantitativas, Juiz de Fora, 2018.



Fonte: As autoras

5.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada nos domicílios de uma área delimitada por uma UBS, que possui cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em uma cidade da Zona da Mata Mineira com população estimada em 2016 de 559.636 habitantes¹¹⁴. O bairro é localizado na zona Oeste dessa cidade e é anexo ao *campus* de uma universidade federal, dispõe de uma Unidade de Pronto atendimento (UPA) e duas UBSs.

Durante minha ambientação por meio do projeto de extensão e coleta de dados (outras investigações) no domicílio e na própria Unidade de Saúde com pessoas com idade ≥ 18 anos, pude perceber que o local apresenta acentuada desigualdade social, moradores com baixo poder aquisitivo, residências familiares que compartilham o mesmo lote e, no entorno, condomínios privativos.

Durante as visitas domiciliares, notei que todas as casas apresentavam saneamento básico, água encanada e luz elétrica. O transporte coletivo era disponibilizado nas ruas principais do bairro, mas havia dificuldade de trânsito dos veículos em algumas ruas estreitas, caracterizadas como ruelas. Há uma rua principal onde se localiza a maioria do comércio e outras transversais que também apresentam comércio, porém em menor número de estabelecimentos.

O terreno íngreme em algumas localidades da área dificulta a acessibilidade das pessoas idosas aos ambientes mais baixos onde se encontram os principais estabelecimentos comerciais, pontos de ônibus, supermercados, padarias, farmácias, restaurantes, posto de saúde, laboratórios, agência bancária, salões de festas, oficinas, serralheria, creche infantil e escolas públicas e particulares, entre outros estabelecimentos e locais que as pessoas idosas frequentam e que auxiliam na manutenção de suas necessidades de saúde, bem-estar e conforto. A característica em foco dificulta/impossibilita também o acesso de veículo da coleta de lixo, o que torna necessário que os moradores coloquem o lixo nas ruas localizadas em áreas acessíveis à coleta.

Para definir o quantitativo de participantes, foi realizada uma busca no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em dados censitários de 2010, tendo como base a localidade e o número de potenciais participantes na pesquisa¹¹⁵.

5.3 PARTICIPANTES

Inquérito elaborado a partir de recorte de área física adstrita a uma UBS composta por participantes moradores dessa área de abrangência que tinham na ocasião idade ≥ 65 anos.

Foram considerados **critérios de elegibilidade** pessoas: 1) residentes na área de

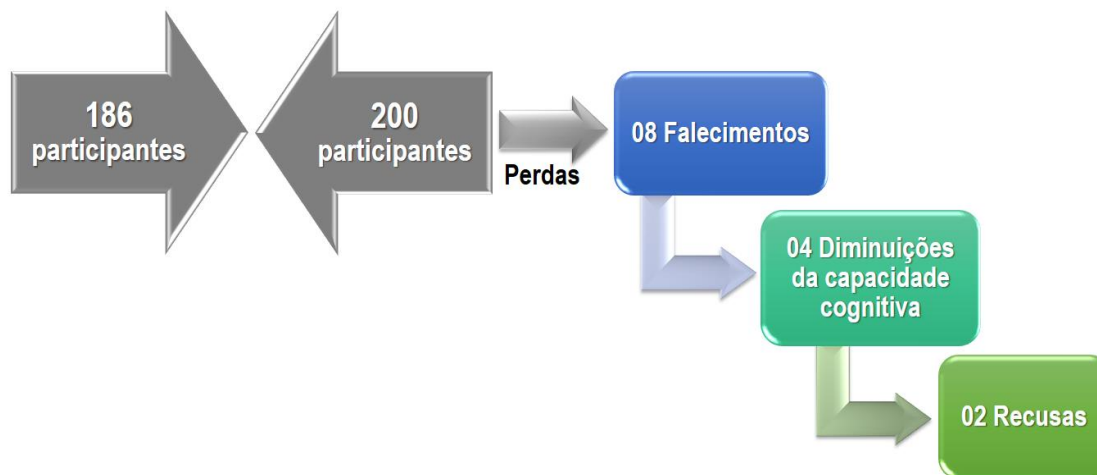
abrangência da UBS; 2) de ambos os gêneros, idade ≥ 65 anos; 3) que se expressaram com coerência; 4) que concordaram em participar como voluntárias não remuneradas, externando aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado (TCLE).

Foram considerados **critérios para não participação**: 1) pessoas que expressaram desejo de interromper a participação na investigação; 2) pessoas que mudaram de residência para área fora da abrangência prevista no projeto; 3) pessoas que passaram por alteração no estado de saúde a ponto de se ausentarem de sua moradia ou viajarem durante o período de coleta de dados e 4) pessoas que apresentaram alteração do nível de consciência que seja incompatível com o processo de coleta de dados e/ou que não conseguiram se comunicar verbalmente e/ ou que tenham acuidade auditiva reduzida, incapacitando-as de ouvir a entrevistadora.

Os participantes foram recrutados por meio de convite individual para integrar a investigação por contato realizado em domicílio ou na UBS e o número de participantes foi estimado em 200.

A seguir, consta um esquema explicativo sobre o processo de fluxo de participação das pessoas idosas na presente investigação (Figura 11).

Figura 13: Fluxo de participação das pessoas idosas, Juiz de Fora, 2018.



Fonte: As autoras

Das 200 pessoas estimadas a participar da presente investigação, houve um total de 14 perdas, sendo elas caracterizadas como oito falecimentos, quatro diminuições da capacidade cognitiva e duas recusas, totalizando 186 participantes.

Para manter o quantitativo de participantes e considerando que o aumento de idade pode estar ligado à perda de participantes em decorrência de óbito que ocorreram durante o processo de coleta de dados, as perdas decorrentes da aplicação do critério de exclusão devido ao

adoecimento, ao internamento e a outros fatores descritos nos critérios de exclusão, foi prevista a reposição das perdas quando elas eram $\geq 10\%$.

5.4 INSTRUMENTO, COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O instrumento de coleta de dados está apresentado em cinco etapas conforme descrito no delineamento da investigação e consta a seguir.

5.4.1 Abordagem exploratória para realização da ambiência e registro do contexto sociocultural

A aproximação da entrevistadora com os potenciais participantes foi fortalecida por sua inserção em atividades de vacinação desenvolvidas na UBS com o intuito de atender às metas pactuadas pela UBS com o Centro de Vigilância em Saúde a respeito do número de pessoas idosas na campanha de vacinação anual contra o vírus influenza e maximizar oportunidades da inserção do grupo de pesquisa TECCSE no cenário da investigação.

Houve nessa ocasião a oportunidade de direcionamento do olhar para as peculiaridades do cenário de investigação com vistas a caracterizar a comunidade e os potenciais participantes na perspectiva de uma abordagem direcionada para as eliminações intestinais e urinárias em pessoas idosas. Foi possível estabelecer contato empático com os potenciais participantes e captar impressões e informações sobre eles e o ambiente em que moram, registrando tais conteúdos em diário de campo.

A estratégia utilizada possibilitou a realização de visitas domiciliares para verificação do cartão vacinal e para a ampliação da cobertura vacinal direcionada às pessoas idosas e seus familiares/cuidadores. Nessa ocasião, foi possível a entrada nas residências, a identificação de potenciais participantes que não constavam de uma lista preexistente utilizada pelos membros do grupo de pesquisa TECCSE no desenvolvimento das atividades de extensão. Essas pessoas foram alvo de convite para integrar a investigação.

Foi também possível direcionar o olhar para a infraestrutura do ambiente, a receptividade da pessoa idosa e/ou de seus familiares/cuidadores, fazer uma aproximação com aspectos culturais do ambiente e das relações das pessoas e captar a linguagem e o vocabulário utilizado por elas. Tal fato constituiu um mergulho no contexto cultural em que a presente investigação se inscreveu.

Os conteúdos captados versaram sobre: a descrição do contexto sociocultural; pistas olfativas advindas dos odores domiciliares e das pessoas e visuais referentes à organização e à higiene do ambiente (limpeza ou sujidades); relatos de pessoas idosas e/ou pessoas que estavam na residência sobre os padrões de eliminações intestinais e urinárias; a dinâmica do contexto domiciliar; a rede de apoio presente no momento da visita (familiares, vizinhos, cuidadores) e as impressões da entrevistadora sobre esse encontro.

As evidências, fatos e circunstâncias presenciadas durante o contato com as pessoas idosas em seu ambiente domiciliar e familiar oportunizaram inferir sobre o cuidado cotidiano vivenciado pelos grupos familiares com as pessoas idosas, os valores atribuídos a elas, a forma como os familiares lidam com o processo saúde-doença e as condições de higiene íntima e ambiental presentes naqueles contextos.

Os conteúdos captados constituíram evidências comunicacionais^{13; 29; 33} veiculadas pelas vias verbais, não verbais e paraverbais e são apresentados nos resultados no formato de fragmentos explicativos que surgem nos momentos em que podem favorecer a compreensão do leitor para o contexto social das informações e/ou das interpretações apresentadas.

Cada registro foi documentado utilizando-se um código composto por três letras (ENT) e serviu de apoio para o processo de triangulação de dados e de base para a interpretação dos conteúdos das representações sociais (apreendidas pela ambiência e documentadas no diário de campo) que foram aproximadas aos conteúdos captados sobre os usuários e contendo as impressões da entrevistadora com a finalidade de dar sentido às informações obtidas, contextualizá-las, caracterizar o cenário e o cotidiano dos participantes.

5.4.2 Caracterização dos participantes e perfis de eliminações intestinais e urinárias

O instrumento destinado a captar a caracterização dos participantes e seu padrão de eliminações intestinal e urinária foi estruturado em duas etapas, a saber: dados sociodemográficos e padrão de eliminações urinária e fecal com aferição especificamente da ocorrência de incontinência urinária e seu impacto sobre o cotidiano. Esse instrumento foi composto por questões fechadas e semiabertas (**Apêndice 1**).

Cabe esclarecer que a forma de operacionalizar a captação de todos os dados da investigação (exceção feita à entrevista com gravação de áudio) contou com a utilização do aplicativo *Open Data Kit* (ODK)¹¹⁶. Trata-se de um sistema androide que agiliza o processo de

documentação das respostas dos participantes. Com ele é possível coletar os dados por processo eletrônico em situações em que há a opção de resposta única ou múltipla e registrar opções alternativas pela digitação em tablet ou celular cujo armazenamento pode ficar temporariamente no aparelho e ser encaminhado para nuvem na ocasião em que houver acesso de internet disponível. A forma de resgatar esses dados posteriormente possibilita sua organização em planilha do Programa *Excel for Windows* que se torna compatível com a transferência para outro programa estatístico. Na presente investigação, o programa utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A vantagem da utilização dessa tecnologia foi reduzir vieses advindos da digitação manual dos dados após sua coleta.

As variáveis que compuseram a caracterização dos participantes foram: gênero e idade (variáveis transversais ao processo de envelhecimento humano); nível de escolaridade; cor de pele e religião autodeclaradas; rede de convivência (estado conjugal, filhos) e inserção em atividades laborais/ocupacionais (anos de aposentadoria, ocupação e profissão). Essas questões foram apresentadas aos participantes por meio de perguntas abertas e semiabertas (**Apêndice 1**).

As variáveis utilizadas para descrever o perfil de eliminações intestinal e urinária dos participantes foram compostas por: escala: 1) escala de cor da urina¹¹⁷; 2) *Bristol Stool Form Scale*¹¹⁸ (**Anexo 1**); 3) *King's Health Questionnaire* (KHQ)¹¹⁹ (**Anexo 2**) e 4) *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form* (ICIQ-SF)¹²⁰ (**Anexo 3**).

A Escala de coloração da urina é classificada em oito tipos de cores diferentes de urina, variando de cor 1 (mais clara) até cor 8 (mais escura) e seu resultado tem relação com a hidratação corporal, sendo que quanto mais clara a urina, melhor será a hidratação corporal. Esse parâmetro de coloração tem relação com a osmolaridade da urina de maneira, podendo essa escala ser utilizada como um parâmetro não laboratorial para a avaliação do grau de hidratação.

A *Bristol Stool Form Scale* foi desenvolvida e validada por Heaton e Lewis em 1997¹²¹, na Universidade de Bristol, localizada no Reino Unido e traduzida, adaptada culturalmente e validada para o português em 2012, por Martinez, apresentando alta confiabilidade nos grupos investigados¹¹⁸.

É possível utilizar essa escala com pessoas de distintos níveis de instrução e sua vantagem consiste em auxiliar na identificação dos diagnósticos de constipação intestinal, incontinência anal, diarreia infecciosa e síndrome do intestino irritável¹¹⁸. Suas questões são propostas para mensurar o tipo e a consistência das fezes por meio da descrição e/ou visualização das mesmas, comparando com o método gráfico que contém a ilustração e descrição das eliminações fecais.

O processo de análise dos resultados da escala de Bristol é realizado pelo método gráfico, que apresenta sete tipos distintos de fezes que variam em sua forma e consistência. As fezes consideradas normais são identificadas pelos tipos 3, 4 e 5 e retratam um trânsito intestinal normal. As fezes do tipo 1 e 2 possuem aparência de ressecadas e retratam um trânsito intestinal lento e as fezes do tipo 6 e 7 são líquidas e semilíquidas e retratam um trânsito intestinal acelerado¹¹⁸.

A escala *KHQ* se destina à aplicação em mulheres e “avalia tanto o impacto da incontinência urinária nos diferentes domínios da qualidade de vida, como os sintomas por elas percebidos”¹¹⁹. Ela foi proposta em 1997, desenvolvida por Kelleher e colaboradores (grupo de pesquisadores do King's College Hospital em Londres) e foi traduzida e validada para o Português em 2003 por Tamanini¹¹⁹.

Em sua composição, a escala *KHQ* possui 21 questões divididas em oito domínios com opções de resposta utilizando escala do tipo likert. Os domínios são: percepção geral de saúde (um item- Domínio 1), impacto da incontinência urinária (um item- Domínio 2), limitações de atividades diárias (dois itens- Domínio 3), limitações físicas (dois itens- Domínio 4), limitações sociais (dois itens- Domínio 5), relacionamento pessoal (três itens- Domínio 6), emoções (três itens- Domínio 7), sono/disposição (dois itens- Domínio 8). Além dos domínios, há também duas outras questões a que se referem respectivamente: a medidas de gravidade da incontinência urinária (domínio 9) e aos sintomas urinários quando presentes (escala de sintomas urinários)- (domínio 10)¹¹⁹. A composição desta escala integra alguns domínios semelhantes à escala genérica a *The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Seccional (SF-36)*, que é composta de 36 questões e destinada a mensurar a qualidade de vida utilizando aspectos subjetivos e impactos e tratamentos das doenças nos indivíduos¹²².

A *SF-36* não apresenta capacidade psicométrica capaz de detectar diferenças em algumas categorias de participantes e é descrita como possuindo uma validade de conteúdo inadequada para a aferição de incontinência urinária¹¹⁹.

No processo de interpretação da escala *KHQ*, não há um ponto do corte previamente definido. Cada domínio é pontuado de 0 a 100 e seu resultado final é aferido a partir de um cálculo matemático distinto entre os domínios (**Anexo 2**). Quanto maior a pontuação obtida no cômputo de cada domínio pior será a qualidade de vida. Este fato permite medir o impacto da incontinência sobre o estilo de vida a partir de sua aferição por domínios¹¹⁹.

A escala *ICIQ-SF* é capaz de medir “o impacto da IU na qualidade de vida das pessoas e qualificar a perda de urina de pacientes de ambos os sexos”^{120:440}. Foi desenvolvida por Avery e colaboradores em 2001¹²³, sendo apresentada originalmente na língua inglesa e com tradução, adaptação transcultural e validação para o português em 2004 por Tamanini¹²⁰.

Ela é estruturada por meio de um questionário simples, autoaplicável e composta por quatro questões cujas respostas são rápidas, de fácil entendimento e é capaz de aferir o impacto, a frequência e a gravidade da IU na vida do indivíduo. É composta por “oito itens de autodiagnóstico relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes”^{120:440}.

Para interpretar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida, foram utilizados os parâmetros obtidos da questão 5 da escala *ICIQ-SF* cujos resultados (0 a 10 pontos) possibilitam correlacionar escores obtidos com comprometimento da qualidade de vida e corresponderão às seguintes interpretações: 1) valor zero, que retrata ausência de impacto da IU no estilo de vida; 2) valores compreendidos entre um e três pontos, cuja interpretação equivale a impacto leve; 3) valores compreendidos entre quatro e seis pontos, que equivalem a impacto moderado na qualidade de vida; 4) valores entre sete e nove pontos, que equivalem a impacto da IU grave sobre a qualidade de vida e 5) valores iguais a 10 pontos, que correspondem a impacto muito grave da IU na qualidade de vida. E, por último, é avaliado o tipo de IU (oito itens de diagnóstico subjetivo)¹²⁰.

No processo de interpretação geral da escala *ICIQ-SF*, o resultado geral é dado pelo somatório das questões 3, 4 e 5 (escore variam de 0 a 21 pontos) e a interpretação é feita pela dedução do resultado inversamente identificado, ou seja, quanto menor for a soma obtida, melhor será a qualidade de vida de pessoas que perdem urina. Vale ressaltar que as questões um e dois da escala são referentes a dados sociodemográficos, data de nascimento e sexo e, por isso, seu somatório não é incluído no cômputo geral¹²⁰.

As variáveis quantitativas e qualitativas foram consolidadas em planilha no programa SPSS versão 22 e tratadas por estatística descritiva (análise univariada utilizando medidas de frequência simples e percentual e medidas de dispersão) e análise correlacional (análise bivariada).

5.4.3 Abordagens estrutural e processual das representações sociais

Para captar os conteúdos representacionais nas abordagens estrutural e processual, foram utilizadas duas técnicas distintas. Inicialmente apresenta-se a abordagem estrutural e posteriormente, a processual.

Na abordagem estrutural, optou-se por utilizar a técnica de associação livre de palavras acionadas por meio de termos indutores. Foram contemplados os seguintes conteúdos com seus respectivos termos indutores: padrão de eliminação urinário e fecal normal (termos indutores:

“segurar urina/xixi” e “segurar fezes/cocô”); incontinência urinária (termo indutor: “perder urina/xixi”); incontinência anal (termo indutor: “perder fezes/cocô”), retenção urinária (termo indutor: “dificuldade de urinar/fazer xixi”) e constipação (termo indutor: “dificuldade de fazer cocô/evacuar”).

A opção pelo uso da evocação como primeira estratégia de coleta de dados visou reduzir enviesamento advindo da abordagem da temática em outras etapas metodológicas, sendo a estratégia utilizada a solicitação de que a pessoa idosa mencionasse as cinco primeiras palavras que lhe viessem à mente quando cada um dos termos indutores era mencionado. Após a reunião dessas respostas, foi elaborado um dicionário. Neste dicionário, foi utilizadas duas técnicas, a lematização e a semântica.

Para que os cognemas evocados por diferentes participantes pudessem ser reunidos, utilizou-se a técnica de elaboração do dicionário de termos equivalentes, por meio do programa *Word for Windows*. Foram adotados nesse processo dois critérios: 1) a lematização, que corresponde à reunião dos termos evocados que possuem o mesmo radical e classe temática e 2) aproximação semântica de palavras com a reunião das palavras ou lemas que possuem o mesmo significado. Em ambos os casos, foram removidas as preposições, conjunções, artigos e pronomes a fim de homogeneizar as evocações e reduzi-las.

A forma de trabalhar a elaboração do dicionário foi operacionalizada utilizando-se de uma tabela composta por três colunas. A primeira coluna foi destinada ao registro do termo evocado mais incidente/representativo do grupo que consensualizou todas as evocações do grupo. Na segunda coluna, foram computadas todas as variações de termos evocados reunidos num mesmo grupo por equivalência de lematização ou semântica (expressando de forma exata o cognema evocado pelo participante, possibilitando o resgate posteriormente do dimensionamento dos cognemas reunidos). Na terceira coluna, foi computado o quantitativo de evocações reunidas, totalizando o número de vezes em que os cognemas consensualizados foram mencionados.

Cabe ressaltar que, por vezes, quando o participante utilizou mais de uma palavra ou de uma palavra composta cujo significado era peculiar à reunião das palavras, a expressão foi mantida e grafada com o uso de hífen.

Após fazer todas as reduções possíveis, sem comprometer o sentido original, as expressões consensualizadas serviram de base para a substituição dos cognemas evocados, mantendo-se a ordem em que elas foram mencionadas pelos participantes.

Nos casos em que o processo de substituição originou um mesmo cognema para um participante, houve a manutenção da sua primeira colocação, seguida da remoção da segunda vez em que o termo foi mencionado.

Para permitir a adequação das evocações com o formato requerido pelo *Software* EVOC (*Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*) na versão 2000,¹²⁴ os dados foram tratados em três blocos: 1) atribuindo um número composto por três dígitos sequenciais que retratava cada participante (esse código foi único para essa etapa da investigação, não tendo sido mantida sua correspondência com o código utilizado para retratar os participantes nas etapas distintas); 2) grupo de informações contendo características dos participantes: sociodemográficas e de caracterização para a temática investigada; 3) as cinco palavras evocadas antecedidas por um número de um a cinco que retratava a ordem em que os cognemas foram evocados.

Assim sendo, a linha passou a retratar as informações de cada participante, sendo composta por: 1) seu código; 2) seus dados sociodemográficos e perfil de eliminações urinária e intestinal estruturado a partir das seguintes variáveis: gênero, idade utilizando como ponto de corte 75 anos, presença de incontinência urinária e com ou não filhos formatadas em variáveis dicotômicas e tipo de fezes segundo Bristol formatada em variáveis com três categorias. Esse material compôs o *corpus* que foi introduzido no EVOC para obtenção do quadro de quatro casas após ser adotada a Lei de *zipf* (teoria baseada na linguagem e na matemática) para definição do *corpus* a ser incluído no quadro de quatro casas¹²⁵.

Cabe acrescentar que, para viabilizar a análise prototípica, foram tomadas decisões que constituíram os critérios de ponto de corte para a frequência mínima, a frequência média e ordem média de evocação.

Para os termos indutores “**segurar/adiar fezes/cocô**” e “**dificuldade para fazer cocô/evacuar**”, 183 participantes evocaram 461 e 504 palavras ou expressões respectivamente, sendo utilizado na elaboração do quadro de quatro casas 37,5% e 33,1% dos *corpus* das evocações respectivamente. Para a elaboração da análise prototípica foram adotadas os seguintes pontos de corte: frequência mínima de 10, a frequência média de ≥ 20 e ordem média de evocação de 2.

Para o termo indutor “**perder fezes/cocô**”, foram adotadas como pontos de corte: frequência mínima 8, a frequência intermediária 23 e ordem média de evocação 2,3, sendo obtido um *corpus* de 32,1%. Foram identificados 474 palavras/expressões sendo 81 delas distintas.

Para os termos indutores “**segurar urina/xixi**” e “**perder urinar/xixi**”, 183 participantes evocaram 461 e 504 palavras ou expressões respectivamente, sendo utilizado na elaboração do quadro de quatro casas 37,5% e 33,1% dos *corpus* das evocações respectivamente. Para a elaboração da análise prototípica foram adotadas os seguintes pontos de corte: frequência mínima de 10, a frequência média de ≥ 20 e ordem média de evocação de 2.

Para o termo indutor “**dificuldade de urinar/fazer xixi**”, foram adotadas como pontos de corte: frequência mínima 9, a frequência intermediária 23 e ordem média de evocação 2,1.

A análise prototípica permite a visualização da disposição dos cognemas com objetividade e baseada na avaliação da saliência dos elementos representacionais de forma quantitativa alocados no possível núcleo central, nas áreas de contraste e nas primeiras e segundas periferias (quadro de quatro casas) a partir do qual foi possível estabelecer o *ranking* de classificação dos cognemas por ordem decrescente e por relevância no contexto em que foram mencionados. Essas informações permitiram alocar os cognemas e os possíveis elementos representacionais dentro de uma estrutura hierárquica cuja interpretação os diferenciou quanto a sua consensualização ou individualização.

Os quatro quadrantes do quadro de quatro casas foram formados pelo encontro dos eixos da abcissa e ordenada. Em cada quadrante, ficaram alocados os cognemas segundo a Ordem Média de Evocação (OME) e frequência das palavras evocadas pelos sujeitos da pesquisa cujos quadrantes originaram as estruturas do possível núcleo central, da primeira periferia, da segunda periferia e da área de contraste.

O possível núcleo central, posicionado no quadrante superior esquerdo (QSE), proporciona estabilidade ao sistema e nele estão alocados os cognemas que representam a população da investigação e os elementos consensualizados entre os participantes, é a representação de caráter coletivo e por isso é resistente a mudanças. Neste quadrante, poderão estar os possíveis componentes da representação social retratada ou não por conteúdos simbolizados. Por isso os cognemas alocados nesse quadrante apresentam maior frequência e com menor *rang*, ou seja, as palavras foram evocadas mais prontamente nas primeiras posições¹²⁶.

O quadrante inferior esquerdo (QIE) é denominado área de contraste, onde são alocados os cognemas que foram enunciados por poucas pessoas, mas avaliados como palavras de maior importância para elas. Este quadrante apresenta baixa frequência e menor *rang*, e, uma vez que o *rang* sofra alterações, as palavras ditas pelos participantes possivelmente poderiam migrar para o núcleo central¹²⁶.

No quadrante superior direito (QSD), primeira periferia, estão alocados os cognemas de maior relevância para a periferia, podendo ser elementos centrais da representação. Os cognemas são mais frequentemente mencionados (alta frequência), porém com menor prontidão (maior *rang*) dentro do processo de evocação, sendo assim, esses cognemas retratam menor importância pela ordem com que foram mencionados¹²⁶.

No quadrante inferior direito (QID), denominado de segunda periferia, as palavras foram evocadas poucas vezes e nas últimas posições, ou seja, baixa frequência e maior *rang*. Estes elementos retratam posições individualizadas entre os participantes e por isso são flexíveis a ponto de garantir a estabilidade do núcleo central, na medida em que atuam como amortecedores¹²⁶.

Os conteúdos alocados nos quadrantes do quadro de quatro casas permitem identificar dimensões representacionais. São elas: comportamental/atitudinal (refere-se à orientação global, favorável ou desfavorável), cognitiva/informativa (a forma como o conhecimento de um grupo de pessoas está organizado sobre um objeto), valorativa e objetiva¹²⁷.

Na abordagem processual, os conteúdos representacionais foram obtidos a partir da gravação dos áudios das entrevistas individuais realizadas com cada participante. Esses áudios foram transcritos na íntegra no programa *Word for Windows*. Cada entrevista recebeu um código, sendo posteriormente formatada em um arquivo que foi introduzido no programa Nvivo Pro® versão 11. Este é um programa de análise de dados qualitativa que organiza e categoriza informações textuais a partir de similaridade de informações¹²⁸. Os conteúdos foram analisados segundo referencial de Minayo e reunidos em variáveis denominadas “nós” com vistas a homogeneização de linguagem e extração de conteúdos significativos que permitiram a identificação de tendências, ou seja, das unidades de significados¹²⁹.

Do ponto de vista operacional, foi utilizada a análise de conteúdo segundo Minayo, por meio das seguintes etapas: 1) pré-análise dos discursos - com uma leitura compreensiva e aprofundada do material, 2) exploração do material - quando se buscou a seleção de conteúdos afins denominados e definidos de acordo com o objeto da investigação com vistas a iniciar o processo de aglutinação de conteúdos semelhantes propriamente ditos e 3) tratamentos dos resultados/inferência/interpretação - num processo de síntese das informações/conteúdos obtidos, tornando os dados significativos compactados a ponto de exprimir um conjunto de características afins^{129; 130}.

Na operacionalização do tratamento dos dados pela análise de conteúdo foram utilizadas como **unidades de significado** ou também conhecidos como unidade de análise ou de registro os conteúdos aproximados por semelhança ou analogia e para construção das **unidades de contexto** foram adotados dois critérios: 1) para as dimensões representacionais (comportamentos/attitudes; informações/cognição; valoração e objetivação/construções imagéticas) foram definidas à priori e 2) para as origens dos conteúdos simbólicos foi utilizado a construção a partir do momento em que um determinado conteúdo foi mencionado (próprias, de familiares, de conhecidos/amigos/colegas e de profissionais)¹²⁶.

Com vistas a sintetizar as informações contidas no discurso dos participantes buscou-se a unitarização do conteúdo do material (unidades de significado e unidades de contexto) com vistas ao processamento dos dados até a obtenção do processo de categorização.

O adensamento teórico foi aferido por meio dos valores da correlação de Pearson para cada situação avaliada (incontinência anal - Pearson compreendido entre 0,959535 e 0,710092); incontinência urinária (Pearson compreendido entre 0,978681 e 0,703006); constipação (Pearson compreendido entre 0,9723 e 0,701365) e retenção urinária (Pearson compreendido entre 0,982486 e 0,717619) expressos numericamente e pelo gráfico de círculo e no cômputo geral conforme consta no **Gráfico 1**.

Gráfico 1: Dendograma contendo todas as dimensões representacionais e a origem das representações simbólicas sobre os padrões de eliminações intestinais e urinárias

Nós em cluster por similaridade de palavra

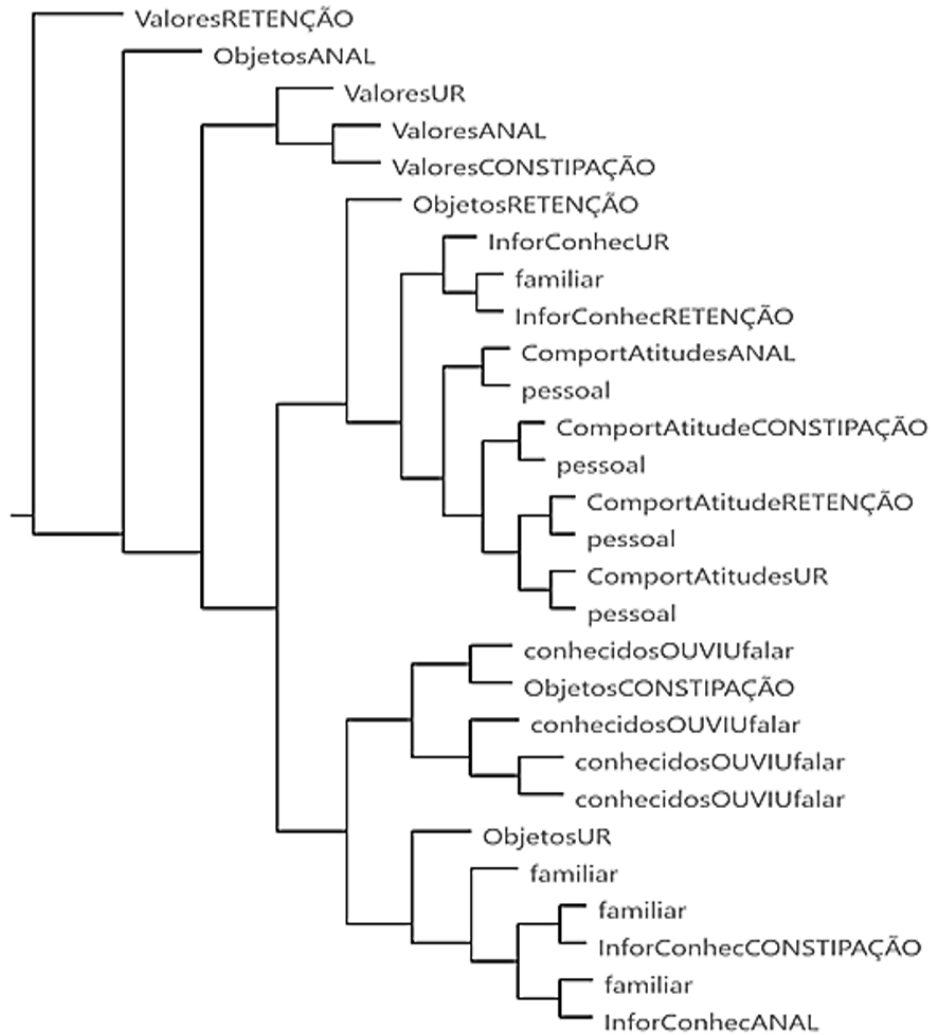
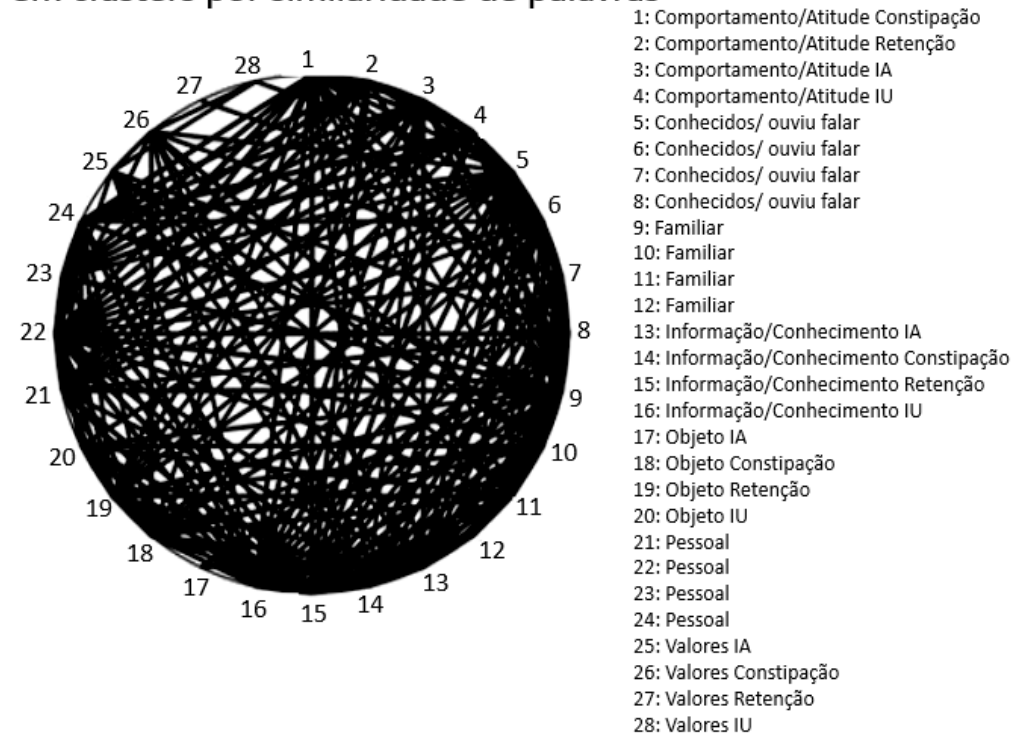


Gráfico 2: Gráfico de Círculo retratando a força de ligação entre as dimensões representacionais e a origem das representações simbólicas

Nós em clusters por similaridade de palavras



Fonte: Programa NVIVO Pro11®

5.4.4 Construção de tecnologia para abordagem de pessoas idosas em domicílio na perspectiva do padrão de eliminação urinário e intestinal utilizando a SAE

Repensar o cuidado de enfermagem remete ao resgate das concepções a partir das quais se estabelece as relações entre quem cuida e quem é cuidado. Para isso é necessário conciliar concepções teóricas, filosóficas, legais, éticas e operacionais capazes de subsidiar a estruturação do cuidado de enfermagem.

Ao focar a abordagem dos padrões de eliminações urinária e intestinal de pessoas com idade ≥ 65 anos de idade abordadas na atenção primária à saúde num atendimento domiciliar, optou-se por reunir aspectos legais do processo de trabalho de enfermagem por meio da sistematização da assistência de enfermagem com o conteúdo teórico das eliminações urinária e intestinal com duas visões distintas (Teoria do Sistema de Neuman e Teoria Transcultural de Leininger) para compor a abordagem capaz de transitar da dimensão individual para a grupal-social/cultural e vice-versa^{99; 131}.

Do ponto de vista operacional, na presente investigação, foram construídos três impressos destinados a explicitar: 1) o histórico de enfermagem para subsidiar o processo de coleta de dados/avaliação dos resultados na abordagem de pessoas idosas atendidas em domicílio; 2) possíveis diagnósticos de enfermagem compatíveis com a apreciação das eliminações urinária e intestinal na perspectiva de uma abordagem integradora e 3) mosaico de possíveis intervenções e resultados de enfermagem para subsidiarem tomada de decisão terapêutica adotado por enfermeiros generalistas que atuam na atenção primária à saúde.

Os alicerces utilizados foram: resultados do perfil dos participantes, conteúdos advindos das abordagens estrutural e processual das representações sociais. Eles permitiram enunciar possíveis diagnósticos de enfermagem utilizando da taxonomia da NANDA Internacional, identificar as intervenções a partir dos fatores relacionados e do conhecimento teórico sobre os padrões de eliminações intestinais e urinários e estabelecer a correspondência entre características definidoras com os indicadores capazes de permitir a aferição dos resultados de enfermagem à luz dos referenciais de Neuman e Leininger.

Tendo por base os diagnósticos de interesse referentes às eliminações urinárias (“Disposição para eliminação urinária melhorada”, “Eliminação urinária prejudicada”, “Incontinência urinária de esforço”, “Incontinência urinária de urgência”, “Risco de incontinência urinária de urgência”, “Incontinência urinária funcional”, “Incontinência urinária por transbordamento”, “Incontinência urinária

reflexa” e “Retenção urinária”) segundo a taxonomia da NANDA Internacional, foi realizado um enquadramento teórico das características definidoras e dos fatores relacionados ou de risco com vistas a colocá-los num enquadramento teórico-filosófico para abordagem das eliminações urinárias, utilizando-se como contexto integrador os referenciais propostos por Betty Neuman na abordagem individual e de Leininger (para abordagem do contexto sociocultural em que as eliminações urinárias estão contextualizadas).

No contexto das diagnósticos de enfermagem referentes às eliminações intestinais (função gastrointestinal), foram identificados seis diagnósticos de enfermagem de interesse para a presente investigação, a saber: “Constipação”, “Risco de constipação”, “Constipação funcional crônica”, “Risco de constipação funcional crônica”, “Constipação percebida” e “Incontinência intestinal”, com concepções conceituais e pragmáticas para a assistência de enfermagem¹⁴.

Após a utilização das três taxonomias, relacionando-as, foi possível determinar os padrões das eliminações intestinais e urinárias de cada indivíduo, assegurando uma mesma interpretação dos enfermeiros frente aos problemas encontrados e uma adequada atuação laboral com intervenções precisas, alcançando os resultados esperados em nível de promoção da saúde, prevenção de agravos, manutenção e tratamento^{14; 89; 90}.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi previsto o atendimento de todos os critérios éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares e serão observados os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade¹³².

A presente investigação apresentou riscos mínimos, ou seja, aqueles semelhantes aos decorrentes das atividades cotidianas. Para minimizá-los, foi previsto: 1) a utilização de técnicas e recursos comunicacionais, relacionais e empáticos; 2) a realização de um número de encontros adequado às singularidades de cada participante (três a seis encontros); 3) a utilização de códigos para representar cada participante assegurando o anonimato e 4) explicação da participação e dos objetivos da investigação para familiares e acompanhantes mesmo em situações em que os participantes eram lúcidos e respondiam por si e 5) foram adotados os princípios éticos de um contato respeitoso e alicerçado na garantia da dignidade humana.

A presente investigação teve o projeto cadastrado na Plataforma Brasil e julgado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido iniciado o processo de coleta de dados após aprovação do comitê de Ética e aquiescência da instituição envolvida.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, os resultados estão apresentados em cinco eixos, a saber: 1) ambiência no cenário de investigação: abordagem domiciliar e registro em diário de campo; 2) caracterização dos participantes; 3) do funcionamento intestinal normal aos marcadores de alterações: triangulando a escala de Bristo com abordagens de representações sociais; 4) do funcionamento normal das eliminações urinárias aos marcadores de alterações; 5) implicações dos padrões de eliminações intestinal e urinária para o cuidado de enfermagem a pessoas idosas na atenção primária à saúde segundo Neuman e Leininger.

6.1 AMBIÊNCIA NO CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO: ABORDAGEM DOMICILIAR E REGISTRO EM DIÁRIO DE CAMPO

Ao realizar a ambiência no cenário da investigação, foi observado como as pessoas lidavam em casa com as roupas íntimas, pessoais, de banho e de cama. Esse contato no domicílio possibilitou inferir sobre a presença ou não de odores e sujidades sugestivos de incontinências e hábitos inadequados de higiene e permitiu identificar os locais onde as roupas íntimas ou de cama/banho são colocadas quando se pretende esconder a ocorrência de escapes de urina e/ou fezes mesmo quando ocorrem em pequena monta.

Nessa ocasião, foi observado que alguns participantes apresentavam roupas pessoais (calças, saias ou vestidos) molhados com odor característico de urina recentemente eliminada ou roupas molhadas por episódios anteriores de micção sem que houvesse a troca das mesmas. Nos móveis, foi possível identificar umidade, odor e sujidade e, na pessoa entrevistada, foi presenciado o escape de gases durante a entrevista.

O odor de fezes foi um evento raramente identificado durante a abordagem domiciliar na pessoa e no ambiente, o que pode ser atribuído ao fato de as perdas intestinais serem consideradas mais marcantes em termos de odor e sua incidência ser menor segundo a literatura

133.

Foi possível, com essa estratégia de coleta de dados, definir qual era o perfil de rede de apoio social dos participantes, se havia ou não solidez/consistência nela, de forma a possibilitar o reconhecimento de uma convivência capaz de assegurar ou não a qualidade aos anos vividos pelos participantes.

Durante a abordagem domiciliar, foi possível encontrar as pessoas idosas com algum dos familiares e mais raramente com cuidadores ou acompanhantes. Os vínculos foram, em geral, de aproximação e compromisso no atendimento das necessidades e cuidados demandados. Porém houve situações em que o entrevistado estava sozinho e seguro e, em outras, ele estava sozinho e em condição de risco, na medida em que não apresentava habilidades para gerenciamento do autocuidado e do cuidado ambiental.

O vínculo percebido entre tais pessoas e os participantes variou: de amigável e respeitoso; de abandono e indiferença e verbalização de sobrecarga por parte do familiar/acompanhante. Nos casos em que o estado de abandono ou solidão foi marcante, foi acionada a visita de um Assistente Social da UBS para avaliação da situação social.

Em todas as ocasiões, a presença no ambiente domiciliar permitiu aferir pontos que embasaram, enriqueceram e até mesmo contradisseram algumas informações coletadas exemplificados em três perfis de participantes descritos a seguir.

O primeiro grupo era composto por pessoas carentes do ponto de vista financeiro e de rede de apoio, retratando pessoas com demandas pessoais e que apresentavam lacunas no apoio para atividades do cotidiano.

O segundo grupo era integrado por pessoas com noções e condições sanitárias boas, mas que, por questões de perda de mobilidade e doenças crônicas não transmissíveis, na maioria das vezes, encontravam-se com a condição de vida comprometida.

Já o terceiro grupo era composto por pessoas que mantiveram sua autonomia e independência e/ou dispunham de infraestrutura capaz de lhes apoiar no desenvolvimento das atividades da vida diária, da vida instrumental e avançadas da vida diária.

A interpretação dada aos fatos presenciados foi atribuída às peculiaridades descritas no processo do envelhecimento humano e de (des)construção dos vínculos nos anos anteriores que se tornaram marcantes com a chegada da síndrome geriátrica e da (in)consistência das redes de apoio⁶⁰.

Apesar da diferença de perfis dos participantes, foi possível identificar como ponto comum entre eles uma limitação na rede de apoio existente/desejada, fato que repercute entre a maioria das pessoas idosas como desejosas/carentes de contato pessoal e valorizando a disponibilidade de alguém que tenha disponibilidade de tempo e interesse em lhes ouvir e/ou lhes apoiar em suas demandas diárias.

Tal fato era intensificado entre as pessoas idosas que residiam apenas com seu(sua) companheiro(a) e não dispunham de acompanhamento integral de filhos e/ou cuidadores com quem possuem afinidade.

O processo de coleta de dados demandou tempo, pois, além de realizá-la, observar as características do cenário e do núcleo familiar em que a pessoa idosa estava inserida, era necessário dar tempo e escuta para as demandas daqueles que estavam sendo entrevistados. Foi nessas ocasiões que se oportunizou tempo para que os participantes pudessem conversar sobre assuntos de seu interesse e/ou falar das situações/circunstâncias que os afligiam em seu cotidiano. Tal fato possibilitou um estreitamento de vínculos e facilitou conversas de temas delicados como as eliminações intestinais e urinárias.

A oportunidade de observar o interior das residências possibilitou identificar que a maioria das casas eram simples, bem cuidadas, com presença de móveis, pisos, água encanada e luz elétrica. Foi identificado em apenas um domicílio o uso de água de poço para abastecimento da casa. Em outras residências, foi detectada a precariedade da higiene ambiental e íntima, evidenciando o convívio das pessoas idosas e de seus familiares/cuidadores permeado pelos odores, sujidades, vetores e entulhos.

Constatou-se a presença de animais coabitando em pequenas residências com o núcleo familiar, compartilhando do ambientes domésticos, acessando os espaços destinados à alimentação e ao sono. Os animais domésticos variaram em número de um a oito, dependendo da residência, e alguns deles transitavam do ambiente externo ao ambiente domiciliar. Um exemplo eram gatos, em número de oito, não castrados que transitavam do ambiente externo ao interno do domicílio e acessavam, sem restrição, os espaços destinados ao repouso da família.

Outras residências eram caracterizadas por condições higiênicas adequadas ao ambiente e higiene íntima, mas havia também aquelas que, mesmo com a limpeza do ambiente preservada, o descuido com a higiene íntima transparecia na ausência de troca imediata das roupas íntimas após episódios de incontinência urinária e/ou fecal.

Dessa forma, a articulação entre déficit no autocuidado no que tange à higiene pessoal e às condições do domicílio é capaz de gerar um ciclo de retroalimentação que compromete a higiene ambiental a ponto de a mesma se mostrar insuficiente e de gerar no ambiente odores semelhantes ao de urina de muitos dias.

Foi possível também inferir sobre o tipo de rede de apoio social acessada pelos participantes, o perfil da convivência intergeracional de que desfrutavam, a capacidade da pessoa idosa de se inserir nas AVDs, ABVD e AAVD, e a disponibilidade de se ter por perto familiares/cuidadores em quem se apoiar diante de restrições e dependências.

Cabe mencionar que a aproximação entre a pesquisa e a atividade de extensão possibilitou direcionar, durante o processo de coleta de dados, as demandas daqueles que eram participantes, possibilitando a intermediação entre eles e a unidade de saúde a que estão adstritos.

O contato pessoal e ambiental, além de favorecer o estabelecimento de vínculos, possibilitou contextualizar alguns conteúdos gravados e permitiu a compreensão de termos evocados pelos participantes, fato que permitiu a triangulação de fontes de informações e interpretação dos dados.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Integraram a investigação 186 participantes de cuja caracterização sociodemográfica constam as seguintes informações: gênero, idade, cor de pele, renda pessoal, estado civil, número de filhos, religião, aposentadoria e ocupação (**Tabela 1**).

Tabela 1: Caracterização dos 186 participantes segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos, religião, ocupação, tempo de aposentadoria e renda. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	Md ±DP (min-max)
Gênero			Idade (anos)			
Feminino	124	66,7	65 I---70	36	19,3	Md75 ±7,397 (65-98)
Masculino	62	33,3	70 I---75	50	27	
			75 I---80	35	18,9	
Total	186	100	80 I---85	33	17,7	
			85 I---90	17	9,2	
			90 I---95	11	5,9	
Cor de pele			≥95	2	1,1	
branca	102	54,8	Não responderam	2	1,1	
parda	42	22,6	Total	186	100	
negra	30	16,1				
Não respondeu	12	6,5	Renda pessoal (salários mínimos)			
Total	186	100	0	6	3,2	Md1,00 ± 2,161 (0-18)
			1I----3	139	74,7	
			3I----5	16	8,6	
			> /= 5	9	4,7	
			Não Respondeu	16	8,6	
Estado Civil			Total	186	100	
casado	87	46,8	Renda Familiar (salários mínimos)			
viúvo	57	30,6	1I----3	95	51,1	Md 2,0 ± 2,489 (1-18)
separado	14	7,5	3I----5	44	23,6	
solteiro	12	6,5	> /= 5	30	16	
união estável	4	2,2	Não Responderam	17	9,1	
Não respondeu	12	6,5	Total	186	100	
Total	186	100				

Continua

Continuação							
Possui filhos		N	%	Número de Filhos	N	%	
	sim	157	84	0	8	4,3	
	não	9	4,8	1 ----3 filhos	57	30,7	
	Não responderam	21	11,2	3 ---6 filhos	80	43,1	
	Total	186	100	6 ----9 filhos	17	9,2	
			9 ---12	3	1,6		
Ocupação			Não responderam	21	11,3		Md 3,0±
Aposentado sem atividade	113	60,8	Total	186	100		2,143 (0-12)
Aposentado com atividade complementar	50	26,9					
Não respondeu	22	11,8					
Total	186	100	Escolaridade (anos)				
			0	23	12,4		Md 4,0±
			1 ----5 anos	97	52,1		4,548 (0-18)
			5 ----9 anos	26	18,4		
			9 ----12 anos	7	3,7		
			> /=12 anos	20	10,7		
Religião			Não Responderam	14	7,5		
católico	124	66,7	Total	186	100		
evangélico ou protestante	35	18,8					
espírita	7	3,8					
agnóstico	3	1,6					
não respondeu	17	9,1					
Total	186	100					

Fonte: Elaborada pelas autoras

No perfil dos participantes quanto ao gênero, predominaram as mulheres, representando o dobro dos homens. Percebe-se com esses dados a feminização do envelhecimento, fato corroborado pela existência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish) que busca minimizar essa diferença utilizando uma abordagem discriminatória¹³⁴.

Segundo a Pnaish uma das razões que justificam a redução no número de homens idosos dentro no processo do envelhecimento humano é que eles, muitas vezes, não se imaginam doentes, têm orgulho de se dizerem saudáveis, o que explica o comportamento de não procurarem os serviços de saúde para prevenção e/ou tratamento. A concepção que possuem de autocuidado está centrada em uma aparência saudável, em detrimento da manutenção de/adesão a hábitos saudáveis, e na visão de que adoecer é um sinal de fragilidade¹³⁴.

Nos registros de diário de campo foi possível captar outros fatores como:

“dificuldade dos homens em aceitar o fato de terem alguma limitação/restrição a ponto de admitirem sua existência diante da companheira, colegas e/ou familiares quer seja alimentar, de estilo de vida e/ou comportamental e o hábito de não adotarem comportamentos saudáveis e/ou não inserirem em rotinas ações de promoção de saúde e redução de agravos os tornar vulneráveis ao desenvolvimento de comorbidades ou a agudização de doenças crônicas (Nota de diário de campo).

Outro fator que justifica o quantitativo menor de homens no topo da pirâmide etária é o maior índice de mortalidade dos mesmos no período compreendido entre a juventude a vida adulta (20 a 39 anos) por causas externas como a violência¹³⁴.

A análise sobre o predomínio de participantes com 70 a 79 anos e a maior incidência entre os 70 e os 74 anos foi corroborada pelas projeções do IBGE a respeito da expectativa de vida da

população brasileira para o ano de 2018, que foi de 76,25 anos para ambos os gêneros e segundo cada um deles: 79,80 anos para mulheres e 72,74 anos para os homens respectivamente¹³⁵.

A cor da pele foi predominantemente branca, fato que é justificado pela colonização de alemães no bairro no século XIX, “por volta de 1858 foi criada a Colônia D.Pedro II para receber os imigrantes alemães que construiriam a nova via que ligaria a cidade a Petrópolis”. Após a construção dessa via, os imigrantes não retornaram ao seu país de origem, constituíram família com os brasileiros¹³⁶.

A renda pessoal e familiar variou de um a dois salários mínimos, o que se explica pelo fato de os entrevistados serem de baixa escolaridade e haver um número expressivo de analfabetos, uma vez que poucos deles tiveram a oportunidade de empregos com melhores qualificações e remunerações, e o perfil predominante foi de analfabetos (10,5%) e menos de quatro anos de escolaridade (35,6%). Há evidências de investigações realizadas com pessoas idosas nas quais as taxas de analfabetismo variou de (32,2% a 45%)⁴⁵.

Em relação ao estado conjugal, a maioria das pessoas idosas disse que têm ou tiveram um(a) companheiro(a) e possuem uma estrutura familiar extensa, com perfil de três a cinco filhos (30,1%). Destarte, apresenta-se uma estrutura familiar numerosa e os filhos moram próximo aos pais. Segundo registros do diário do campo, foi possível identificar:

A família do Sr(a) x, y e z mora próxima aos filhos em terreno anexo, fato que permite que eles mantenham vigilância sobre seus cotidiano, permite a convivência diária e lhes permite captar o que está ocorrendo na casa deles. Outro fato que me chamou a atenção diz respeito a eles se comunicarem, por vezes, chamando uns aos outros de dentro do próprio domicílio e em voz alta a semelhança de estarem numa mesma casa. Esse comportamento foi identificado em outras residências também e se mostrou característico da proximidade que existe entre eles (Nota do diário de campo).

O traço de religiosidade foi marcante entre os participantes, tendo sido as religiões prevalentes a católica (44,1%) e a protestante (14,5%). De acordo com registros do diário do campo, foi possível identificar:

Durante a ambiência no bairro pude observar que no bairro existem muitas igrejas católicas e protestantes, ficando, por vezes, próximas umas as outras. Pude constatar que adesão das pessoas idosas para práticas religiosas por vezes ocorrida em instituições filiadas localizadas próximas as suas residências ou os participantes dependiam de um familiar para atenderem a suas práticas religiosas quando essas instituições eram mais distantes (Nota do diário de campo).

A seguir, constam as informações sobre o perfil de saúde-doença dos participantes segundo comorbidades, uso de medicações e sua finalidade, tempo em que faz uso dos medicamentos, se possui ou não plano de saúde e se houve algum episódio de queda nos últimos anos (**Tabela 2**).

Tabela 2: Caracterização dos 186 participantes segundo comorbidades, uso de medicamentos e quedas. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	Md±dP (min-max)
Doença autorreferida			Usa remédio			
sim	166	89,2	sim	172	92,5	
não	20	10,7	não	14	7,5	
Total	186	100	Total	186	100	
Doença autorreferida (*)			Finalidade do uso do remédio (*)			
HAS	113	60,8	Anti-hipertensivo	65	34,9	
Artrite e/ou artrose	51	27,4	Dislipidêmico	59	31,7	
Diabetes	46	24,7	Diurético	47	25,3	
Osteoporose	39	21	Hipoglicemiante	42	22,6	
Angina ou Doenças cardiovasculares	27	14,5	Dormir	21	11,3	
Dislipidemia	12	6,5	Calmante e/ou sedativo	20	10,8	
Doenças psiquiátricas	11	5,9	Anti-inflamatório	10	5,4	
Hiper ou hipotireoidismo	8	4,3	Antiagregante plaquetário	8	4,3	
Câncer	7	3,8	Analgésico e/ou corticoide	7	3,8	
Glaucoma	7	3,8	Suplemento alimentar	7	3,8	
Depressão	5	2,7	Antialérgico	3	1,6	
Asma	5	2,7	Homeopático	3	1,6	
Lesão cutânea MMII	4	2,2	Antibiótico	2	1,1	
Alergia	3	1,6	Labirintite	1	0,6	
Dor	3	1,6				
DPOC	3	1,6	Tempo que usa remédio (anos)			
Gastrite ou Duodenal ou Crohn	2	1,1	0	24	12,9	
Doença hepática	1	0,5	1 ---5	25	13,4	
Obesidade	1	0,5	5 ---15	63	33,8	
Perda de urina ou fezes	2	1,1	15 ---25	36	19,3	
			25 ---35	16	8,6	
Plano privado			35 ---45	7	3,7	
sim	79	42,5	45 ---55	5	2,6	10,0±12,837 (0-70)
não	67	36	>/=55	2	1	
Total	186	100	Não soube informar	8	4,3	
			Não faz uso de medicamentos	14	7,5	
			Total	186	100	
Caiu em casa			Qtas vezes caiu dentro casa			
sim	99	53,2	0	87	46,8	
não	87	46,8	1 ---3	73	39,2	1,0±1,611 (0-10)
Total	186	100	3 ---6	24	12,9	
			>/=6	2	1,1	
Caiu fora de casa			Total	186	100	
não	121	65,1	Qtas vezes caiu fora de casa			
sim	65	39,4	0	121	65,1	
Total	186	100	1 ---3	52	28	0 ±1,555 (0-10)
			3 ---6	9	4,8	
			>/=6	4	2,1	
			Total	186	100	

Fonte: Elaborada pelas autoras

Nota das autoras: (*) Houve a possibilidade de cada participante mencionar mais de uma opção para o autorrelato de doenças em curso, fato que justifica a diversidade de doenças/remédios em uso e seu quantitativo.

Em relação ao estado de saúde/doença das pessoas idosas, foi possível perceber que 89,2% mencionaram apresentar alguma doença e 92,5% fazem uso de alguma medicação. Entre

as doenças citadas, 60,8% das pessoas idosas referiram ser hipertensos e 34,9% faziam uso de anti-hipertensivos e 25,3%, de diuréticos.

Em uma investigação que avaliou o perfil da população idosa assistida em uma UBS em Minas Gerais quanto ao estado de saúde e ao uso de medicamentos, foi identificado que 83,1% dos participantes mencionaram apresentar pelo menos uma doença e 69,9% eram hipertensos⁴⁵, o que demonstra perfil de envelhecimento similar ao da presente investigação.

Há evidências de que a presença de doenças crônicas não transmissíveis e de limitações físicas é comum nas pessoas idosas e constitui causa de morbimortalidade. Entre essas doenças estão: doenças do aparelho circulatório como a HAS (64%); doenças osteoarticulares (36%) e Diabetes Mellitus (28%)¹³⁷. Dados internacionais corroboram esse perfil a exemplo do que ocorre nos EUA (85%) e no Canadá (76%) e são portadores de pelo menos uma doença crônica ¹³⁸.

As DCNTs, além de representarem um risco de vida para a população idosa, constituem uma ameaça à autonomia e independência da pessoa idosa, sendo um dos motivos de autopercepção de incapacidade e limitação de inserção no contexto social e de restrição para engajamento em atividades da vida diária¹³⁸.

Uma das repercussões das DCNTs é a utilização de cargas consideráveis de medicamentos para manutenção da saúde e prevenção de agravos, fato que configura como uma prática comum na população idosa. Se, por um lado, o acesso à medicações constitui uma condição que favorece a sobrevivência, por outro, ela acarreta a sobrecarga de órgãos e motiva o surgimento de alterações no organismo. Trata-se portanto, de um círculo vicioso no qual a fragilidade e a vulnerabilidade a complicações tornam-se inevitáveis¹³⁹.

O fato de 68,3% dos participantes utilizarem medicamentos há mais de um ano corrobora dados da literatura sobre o consumo contínuo dos mesmos, sua inserção no processo de cronificação das doenças e a inserção e poder da indústria farmacêutica na medicalização da saúde como um perfil característico da contemporaneidade detectado nos serviços de APS ¹³⁹ .

Além das DCNTs, há também as limitações físicas provenientes de eventos adversos que se caracterizam por serem tão comuns e incidentes quanto às DCNTs. O envelhecimento acontece de forma contínua e gradual e há uma perda constante das reservas fisiológicas que são fatores consideráveis para ocorrências de quedas em pessoas idosas.

Entre as causas de eventos de quedas entre as pessoas idosas estão: os advindos de obstáculos no meio físico, as doenças nos ossos e articulações como a osteoporose e artrites/artroses e também pela urgência de chegar ao banheiro decorrente da perda da continência anal e urinária urinária^{62; 140}.

Em um estudo realizado no Estado de Minas Gerais, foi identificado que 59,3% das pessoas idosas apresentaram queda no último ano, sendo que destas 64,1% tiveram mais de um episódio, caracterizando a queda como decorrente de fatores em intrínsecos (relacionados às particularidades da pessoa e às mudanças decorrentes do envelhecimento a exemplo das alterações no sistema musculoesquelético, sistema nervoso e visão) e extrínsecos (aqueles relacionados ao ambiente)^{62; 140}.

Considerando que situações como a diminuição da massa muscular e a perda da eficiência na contratilidade são eventos descritos como inerentes ao processo de envelhecimento de caráter intrínseco e predisponentes para ocorrência de quedas é possível vincular a incontinência a uma situação capaz de ameaçar indiretamente a vida das pessoas idosas. Ela também pode comprometer a qualidade de vida em decorrência das complicações advindas de episódios de queda ou de sua recidiva. Tal fato justifica o aumento nas ocorrências de hospitalização, mortalidade e a intensificação no uso de remédios cujos efeitos colaterais comprometem a homeostasia do organismo⁶².

Durante o processo de coleta de dados, foi possível presenciar situações de urgência para urinar na qual as pessoas idosas não apresentavam mobilidade adequada a ponto de se deslocarem com tempo hábil para atender sua urgência miccional ou fecal. Foram detectadas suas preocupações em ser ágeis, o que se percebeu na pressa com que se dirigiam ao banheiro, e, ainda assim, eles não obtiveram sucesso, ficando as marcas dessa limitação registradas em suas roupas, móveis e cômodos molhados e/ou com odores de urina ou fezes, conforme consta no fragmento do diário de campo, a seguir:

Idosa apresenta dificuldade para deambular, queixa dor em membros inferiores e faz usos de tecnologia assistiva. Durante a entrevista, incomodada me comunicou a necessidade de interromper a conversa para ir ao banheiro o quanto antes. Durante seu deslocamento foi possível perceber que próximo à porta do banheiro anexo ao cômodo em que estávamos, urinou em grande quantidade na roupa e no chão (Nota do diário de campo).

A seguir, consta a caracterização de funcionamento intestinal e urinário dos participantes como uma estratégia para captar os padrões de normalidade ou as condições de alterações.

6.3 DO FUNCIONAMENTO INTESTINAL NORMAL AOS MARCADORES DE ALTERAÇÕES: TRIANGULANDO A ESCALA DE BRISTOL COM ABORDAGENS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para caracterizar o padrão de eliminações intestinais, o grau de autopercepção dos participantes para suas eliminações e as possíveis alterações, constam a seguir a descrição e discussões sobre como as variáveis de interesse impactam o funcionamento intestinal.

Considerando que as eliminações intestinais se manifestam de forma distinta entre as pessoas e que as alterações características do processo de envelhecimento são fatores intervenientes sobre as mesmas, foi necessário identificar o padrão de eliminação intestinal dos participantes para captar as normalidades/funcionalidades e alterações e distingui-las. Para isso foi utilizada a escala de Bristol, que permitiu captar as variações na consistência das fezes (**Tabela 3**).

Tabela 3: Caracterização dos 186 participantes segundo Escala de Bristol. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018.

Parâmetros baseado nas características das fezes	n	%
Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difíceis para sair)	9	4,8
Em formato de linguiça encaroçado, com pequenas bolinhas grudadas	27	14,5
Formato de linguiça, com rachaduras na superfície	60	32,3
Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia	74	39,8
Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair)	8	4,3
Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares	6	3,2
Totalmente líquida, sem pedaços sólidos	2	1,1
Total	186	100

Fonte: Elaborada pelas autoras

Foi possível identificar que, dos 186 participantes, 142 (76,4%) apresentavam fezes com consistência normal, 36 (19,3%) apresentavam fezes sugestivas de trânsito intestinal lento e/ou constipação e oito (4,3%) com trânsito intestinal rápido e/ou fezes líquidas/semilíquidas. Tais perfis de eliminações intestinais apresentam porcentagens sugestivas da presença de anormalidade/alterações que constituem foco para intervenções de enfermagem dos tipos reais, de risco ou de promoção da saúde intestinal.

Nos casos em que as evacuações são caracterizadas por fezes endurecidas do tipo 1 e tipo 2, há relato na literatura de comorbilidades associadas, tais como: incontinência urinária, hemorroida, fissura anal, sangramento anal, incontinência anal, impactação fecal, obstrução intestinal, desconforto no ato evacuatório e hospitalização⁶⁹.

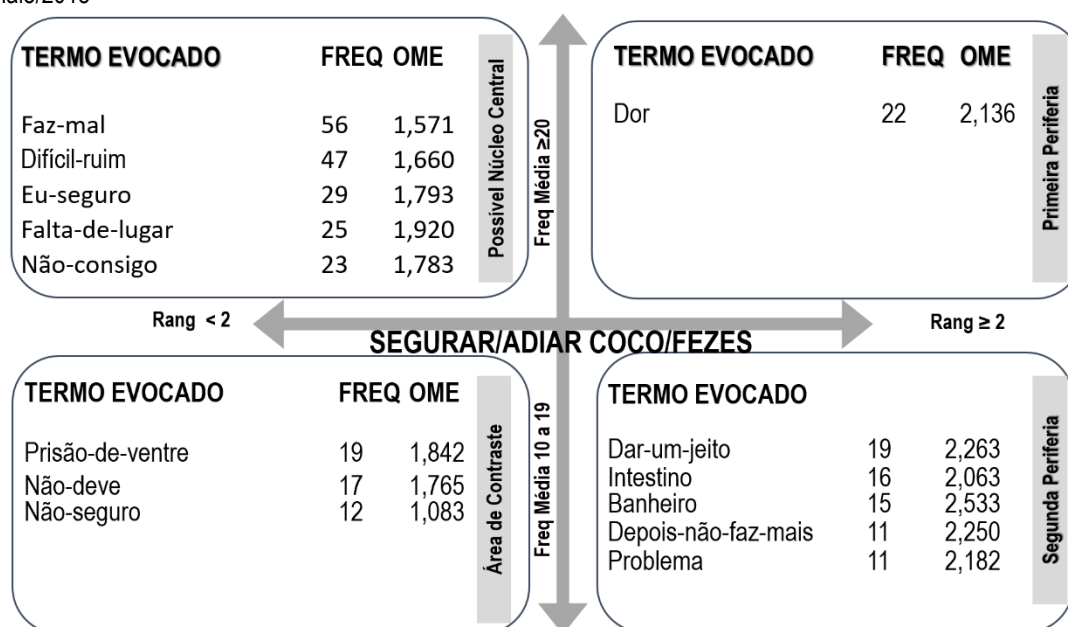
Nos casos em que essas alterações se manifestam com fezes semilíquidas ou líquidas, é possível observar/detectar repercussões como: diarreia, desidratação, desequilíbrio

hidroeletrólítico, surgimento de alteração transitória na continência, isolamento social e hospitalização⁶⁹.

Para aferir o padrão de eliminações, foi utilizada a Teoria das Representações Sociais com abordagem estrutural e/ou processual com vistas a captar as perspectivas coletivas do processo de eliminações intestinais na seguinte sequência: continência anal, incontinência anal e constipação intestinal.

Inicialmente será tratada a continência intestinal segundo a abordagem estrutural. Para essa abordagem, foi utilizado como termo indutor “segurar/adiar cocô/fezes”, e os resultados do quadro de quatro casas constam da **figura 14**.

Figura 14: Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “segurar/adiar cocô/fezes”. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa EVOC 2000.

Os 186 participantes ao evocarem as cinco primeiras palavras a partir do termo indutor “segurar/adiar cocô/fezes” possibilitaram que fossem captados os conteúdos representacionais compartilhados por seu grupo, socialmente contextualizado, sobre hábitos culturais vinculados à estímulo para evacuação.

No QSE, possível núcleo central, foram alocados os seguintes cognemas: “faz-mal”, “difícil-ruim”, “eu-seguro”, “falta-de-lugar” e “não-consigo”. Eles retratam situações valorativas; comportamental/atitudinal; informativa/cognitiva e comportamental respectivamente retratando conteúdos representacionais consensualizadas com o grupo social.

As situações mencionadas retratam que o fato de segurar as fezes traz: repercussões negativas à saúde; situações que causam sentimentos negativos ao lidarem com as mesmas no cotidiano; vinculação com sensações de conseguir segurar ou não o conteúdo fecal quando o local e tempo não se mostram adequados culturalmente para o ato defecatório e é reconhecida a falta de lugar apropriado para conseguir atender à necessidade de evacuação.

No QIE, área de contraste, estão alocados os possíveis conteúdos mais prontamente mencionados pelos 186 participantes, mas que foram mencionados prontamente com menor frequência pelos participantes, o que pode ser interpretado como uma condição vinculada a subgrupos. Isso equivale a dizer que os cognemas presentes nesse quadrante (“prisão-de-ventre”, “não-deve” e “não-seguro”) retratam conteúdos relevantes para o grupo que são consensualizados por parte do grupo.

No QSD, primeira periferia, está alocado o cognema mais frequentemente mencionado cujo conteúdo não foi prontamente citado. Isso equivale a dizer que a “dor” trata-se de uma situação comum entre os participantes, para a qual eles não atribuem importância central dentro do contexto da temática.

No QID, segunda periferia, estão alocados conteúdos que retratam as dimensões imagéticas (“intestino” e “banheiro”), informativas e cognitivas (“depois não faz mais”, “problema”), atitudinal e comportamental (“dar um jeito”). Os conteúdos representacionais dizem respeito à percepção individual dos elementos que compõem o grupo social investigado e por isso traduzem o que ocorre individualmente e não um conteúdo compartilhado pela concepção coletiva.

Cabe mencionar que, devido ao fato de o padrão de eliminação intestinal ser um evento multidimensional, ele está sendo estudado na perspectiva da percepção das pessoas idosas. Os conteúdos mencionados traduzem hábitos, comportamentos, valores, informações que retratam como lidam no cotidiano com o ato defecatório e a saúde intestinal traduzidos em repetição de condutas culturalmente construídas sobre o padrão de eliminação intestinal.

O ato evacuatório constitui em uma das necessidades humanas básicas do indivíduo, podendo ser considerado um ato controlável ou não pela pessoa idosa, fato que permite lhe atribuir o retrato de respostas humanas diante de ambientes, valores, comportamentos e conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Por isso, de acordo com os cognemas citados pelos participantes, é possível extrair conteúdos que remetem a cultura e aos hábitos relacionados ao ato defecatório⁷⁴.

Os participantes, ao mencionarem as expressões: “eu seguro”, “falta de lugar”, “não deve”, “não seguro”, traduzem, em sua linguagem, a explicação técnica sobre o processo do ato defecatório desencadeado pelo estímulo neurológico quando há fezes no reto¹⁴¹. Essa percepção de querer evacuar é algo que sinaliza para a presença de se ter disponível um lugar, de se sentir

confortável/seguro num dado ambiente para atender suas necessidades de evacuação e de escolher uma conduta que implica no adiamento ou não para a evacuação. Essa decisão é alicerçada quando se percebe no ambiente ou no momento alguma inadequação social para atender em tempo apropriado o estímulo neurológico.

Foi possível apreender entre os cognemas evocados que “banheiro”, enquanto ambiente elegível para a resolução do estímulo defecatório, remete à interpretação de tratar-se de local objetivado na perspectiva individual entre os participantes, uma vez que foi alocado na segunda periferia.

Ao alinhar as influências culturais sobre o processo de eliminação intestinal com o processo de envelhecimento humano, há que se mencionar as alterações que ocorrem no trato gastrointestinal em decorrência do aumento da idade, apresentando como manifestações: a redução do apetite, a alteração na produção de ácido clorídrico e na quantidade de salivação (para menor quantidade), a diminuição na absorção de vitaminas e de cálcio e as alterações na musculatura corporal que são capazes de impactar a musculatura do assoalho pélvico e o peristaltismo¹⁴².

Essas alterações que ocorrem em todo o corpo na musculatura corporal da pessoa idosa e, de maneira específica, no assoalho pélvico podem explicar as alterações na continência da pessoa idosa¹⁴². Tal fato é retratado pela expressão evocada pelos participantes “não consigo segurar”, indicando a perda do controle do esfíncter.

O peristaltismo, enquanto o conjunto de contrações da musculatura lisa sob o controle do sistema nervoso autônomo, apresenta movimentos involuntários e lentos estando conjugado à musculatura estriada esquelética que é responsável pelo controle do esfíncter anal externo e pode explicar a capacidade de continência esfíncteriana (**Figura 3**).

Dessa forma, o ato defecatório e seu controle nas pessoas idosas são influenciados pela redução do peristaltismo e pela substituição progressiva de tecido muscular (perda de massa magra) por tecido adiposo na musculatura estriada esquelética⁷⁴.

As alterações fisiológicas e anatômicas, peculiares ao processo de envelhecimento, quando analisadas à luz da característica das fezes apresentada na escala de Bristol, permitem inferir sobre o tempo gasto para que a trânsito intestinal ocorra. Isso equivale a dizer que, quanto mais os efluentes demoram no interior da mucosa intestinal, maior teor de líquido será reabsorvido, a ponto de as fezes ficarem com aspectos similares às fezes classificadas como do tipo 1 e 2. Fato inverso ocorre quando os efluentes permanecem em contato com a mucosa intestinal por um tempo menor. Nesse caso, um menor quantitativo de líquido será reabsorvido pela mucosa

intestinal a ponto de as fezes ficarem com maior volume de líquidos e com aparência similar à das fezes classificadas como dos tipos 6 e 7⁷³.

Para se analisar o aspecto das fezes e o ato defecatório, é necessário fazer menção ao tripé: hidratação, consumo alimentar de fibras e engajamento em atividade física. Considerando as peculiaridades e limitações imputadas pelo processo de envelhecimento sobre essas variáveis, faz-se necessário analisá-las do ponto de vista do padrão de eliminação intestinal na perspectiva do envelhecimento humano¹⁴³.

Ao se analisar a labilidade do nível de hidratação celular, aspecto de relevância para a pessoa idosa, é possível inferir sobre o *status* de hidratação, que é calculado pela diferença entre os líquidos ingeridos e os eliminados/perdidos. São exemplos as situações que ocorrem nos processos da respiração, evacuação, aumento da temperatura corporal, sudorese e formação de urina. Vale ressaltar que o organismo da pessoa idosa é mais sensível a essas alterações fisiológicas e, por isso, é possível percebê-las mesmo em situações ou circunstâncias em que as oscilações são menores¹⁴⁴.

O nível de hidratação corporal contribui para a homeostasia das funções corporais e das eliminações intestinais, sendo indicada a ingestão de, no mínimo, 2L/dia¹⁴⁵, quando se deseja manter a hidratação celular e ter a mucosa oral úmida como indicador do nível de hidratação corporal¹⁴⁴. Esse nível de hidratação envolve a conciliação entre o funcionamento preservado do hipotálamo, que é a estrutura reguladora dos mecanismos de temperatura corporal e da sensação de sede, atrelado à capacidade de se expressar, de acessar fontes de líquidos e de ter uma rotina de reposição dos mesmos compatível com as necessidades e demandas das pessoas idosas¹¹;
17.

Em uma pesquisa realizada em Minas Gerais, a média de copos de água ingerida por dia pelas pessoas idosas foi menor em pessoas constipadas (4,43) quando comparadas às não constipadas (5,72) e a redução da ingesta de líquido pode justificar o fato de as fezes estarem duras e em pedaços com aparência de petrificadas¹⁴⁶.

Com o processo do envelhecimento humano, alguns desses mecanismos citados anteriormente podem estar comprometidos isoladamente ou em conjunto, o que torna a desidratação um fator interveniente nas eliminações intestinais ¹⁴⁶.

Outro componente interveniente no padrão de eliminação intestinal de uma pessoa idosa é sua dificuldade para se engajar em atividades físicas, o que justifica o surgimento da síndrome geriátrica, ou seja, a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidade comunicativa.

Isso porque, com o passar dos anos e com o surgimento da instabilidade postural, alteração na marcha e perda de massa corporal, é comum que as pessoas idosas apresentem comprometimento na autonomia e na independência e repercussão sobre a locomoção, equilíbrio e agilidade, o que aumenta as chances de queda e as torna suscetíveis à redução da movimentação progressivamente. Essa redução repercute sobre a disposição das pessoas idosas para se engajar na realização de atividades físicas, comprometendo o peristaltismo intestinal, e justifica o fato de elas adotarem comportamento conservador, evitando possíveis eventos adversos³.

Uma investigação realizada em Minas Gerais constatou que 70% das pessoas idosas não realizam nenhuma prática de exercício físico e por isso apresentam maior percentual de alterações nas eliminações intestinais, como a constipação. Em outra investigação, em relação a uma das alterações referentes a eliminações intestinais, a prevalência de pessoas idosas constipadas e que não realizavam atividade física foi de 56,8%¹⁴⁴.

Resultados dessemelhantes foram identificados em outra investigação em relação às eliminações intestinais e à atividade física realizada por pessoas idosas. Nessa investigação, 25% dos participantes não praticavam nenhuma atividade física e 33% realizavam atividades físicas com baixa frequência (uma a duas vezes na semana) e não houve um *p*-valor significativo a ponto de justificar uma diferença entre pessoas com constipação e seus engajamentos em atividades físicas. A justificativa para a ausência de correlação foi atribuída pelos autores ao perfil do cenário da investigação que era uma área destinada à recreação e frequentada por pessoas idosas¹⁴⁶.

Segundo parâmetros propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), *American College of Sport Medicine (ACSM)*, *World Cancer Research Fund International (WCRF)*, *Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP)*, há evidência que recomenda o engajamento de pessoas idosas em atividades físicas de forma progressiva, com síntese que identificou a meta desejável de realização de, no mínimo, 30 minutos por dia, e com a frequência de cinco dias na semana como sendo favorável à saúde de pessoas idosas (**Quadro 1**). Essa meta de desenvolvimento de atividades precisa contemplar sua operacionalização de forma progressiva a ponto de assegurar que ela seja desenvolvida após aquisição de experiências no desenvolvimento da atividade proposta, de aptidão física, ritmo e coordenação, requerendo orientação profissional para que sua realização tenha efeitos benéficos¹⁰.

Quadro 1: Síntese da sobrecarga semanal para pessoas idosas segundo dias da semana e avaliação de engajamento para se inserir em atividade física. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

Avaliação	Dias por semana	Sobrecarga Semanal de atividade aeróbia
Nenhuma Atividade Física ou Atividade Física Insuficiente	Zero ≤ 5	Nenhuma Atividade Aeróbia Voluntária ≤ 150 minutos semanais
Atividade Física com Benefício Básico para a Saúde	5 ≤ 7	≥ 150 minutos ≤ 210 minutos
Atividade Física com Benefício Complementar para a saúde	5 ≤ 7	≥ 210 minutos ≤ 300 minutos
Atividade Física com Benefício Potencial para a Saúde	5 ≤ 7	≥ 300 minutos até 420 minutos

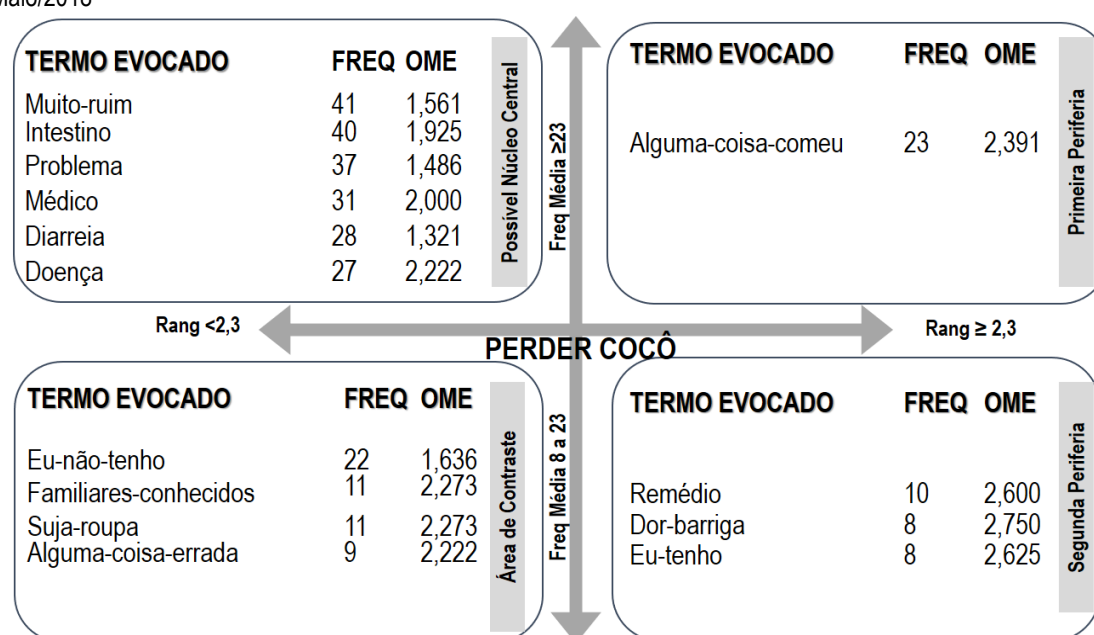
Fonte: PINTO 2012¹⁰, p.120.

Cabe esclarecer ao leitor que o terceiro componente do tripé de funcionamento intestinal saudável refere-se à alimentação e à ingestão de fibras e será abordado quando for abordada a constipação intestinal.

Para tratar da **incontinência anal**, foi utilizada a Teoria das Representações Sociais com abordagem estrutural e/ou processual com vistas a captar as perspectivas coletivas do processo do padrão de eliminações intestinais nesses casos de incontinência anal.

A evocação realizada pelos 186 participantes desencadeada pelo termo indutor “perder fezes/cocô” possibilitou captar os conteúdos representacionais compartilhados por seu grupo e o sistema hierárquico segundo a abordagem processual (**Figura 15**). Além disso, foi possível apreender os elementos representacionais sobre a incontinência anal entre 50 pessoas idosas na perspectiva de uma abordagem processual, cujos conteúdos corroboram os achados da abordagem estrutural, e os fragmentos de discursos exemplificam esses achados.

Figura 15: Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “perder fezes/perder coco”. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa EVOC 2000.

No QSE, onde são incluídos os possíveis conteúdos representacionais, foram identificados os cognemas e suas respectivas dimensões representacionais: “muito-ruim” – dimensão valorativa, “intestino” – dimensão objetival, “problema” – dimensão informativa e cognitiva, “médico” – dimensão objetival, “diarreia” – dimensão objetival, “doença” – dimensão objetival. Esses cognemas evocados traduzem conteúdos consensualizados no grupo social investigado. Tais conteúdos foram corroborados por fragmentos de discursos obtidos na abordagem processual:

Ah! Sei que é ruim, né? (quando não consegue segurar) 65098

Assim.. de fazer sem sentir (cocô) [...] Ah! Num... acabava de tirar a fralda, botava a fralda, fazia de novo. Mas era porque ela tava mesmo com um problema no intestino.

65168

Ah! Comigo, até que de vez em quando, acontece (perder fezes), mas a médica falou comigo que ela prefere meu intestino mais solto do que ele preso.[...] Porque eu já operei até hemorroida. Mas assim, tem dia que eu levanto tá uma coisa. 65132

A não ser assim, né? Quando a pessoa tá com o, como é que chama com diarreia, aí tudo bem, né? [...] Ah! mas aí sai até sem você querer, você pode tentar segurar e num consegue. Solta mesmo! 65119

Identificaram que eu tava com a doença de Crohn [...] Deve perder peso, né? 65023

No QIE, área de contraste, estão alocados cognemas que retratam as seguintes dimensões representacionais: informativa e cognitiva – “eu-não-tenho” e “alguma-coisa-errada”; objetival – “familiares-conhecidos” e “suja-a-roupa”. Para exemplificar tais dimensões representacionais e conteúdos, constam a seguir fragmentos de discursos dos participantes da abordagem processual que elucidam e corroboram os achados:

Não! Comigo nunca aconteceu isso não. (perder fezes) 65114

A Fulana é minha filha mais velha e perde cocô 65009

Ah, aí sujando a roupa, acabou, né?! 65166

Comprimido de farmácia num cortava não. 65172

No QSD, primeira periferia, foi alocado o cognema de alta frequência, porém que não foi prontamente citado e retrata a dimensão representacional informativa exemplificada pelo cognema “alguma-coisa-comeu”, sendo possível identificar a mesma dimensão em fragmentos de discursos dos participantes que integraram a abordagem processual das representações sociais:

As “vez” acontece comigo. (perder fezes) [...] Assim, conforme as coisas que eu, que eu alimentar, aí dá um... daí uma meia hora, tudo... tem que ir no banheiro. Mas, nesses dias, eu tô até bem. 65138

Assim... de fazer sem sentir (cocô) [...] Eu acredito porque ela num podia tomar muito assim... limonada, é refrigerante, é verdura de folha...tudo isso causava, entendeu? Tudo isso causava esse problema nela. 65168

No QID, segunda periferia, foram retratados os seguintes cognemas e dimensões: “remédio” e “dor-barriga”, exemplificando as dimensões objetivais e “eu-tenho” a dimensão

informativa. Esses cognemas dizem respeito à percepção individual dos elementos do grupo social investigado. Isso equivale a dizer que eles traduzem o que ocorre individualmente e não na percepção coletiva e podem ser exemplificados com os seguintes fragmentos de discursos.

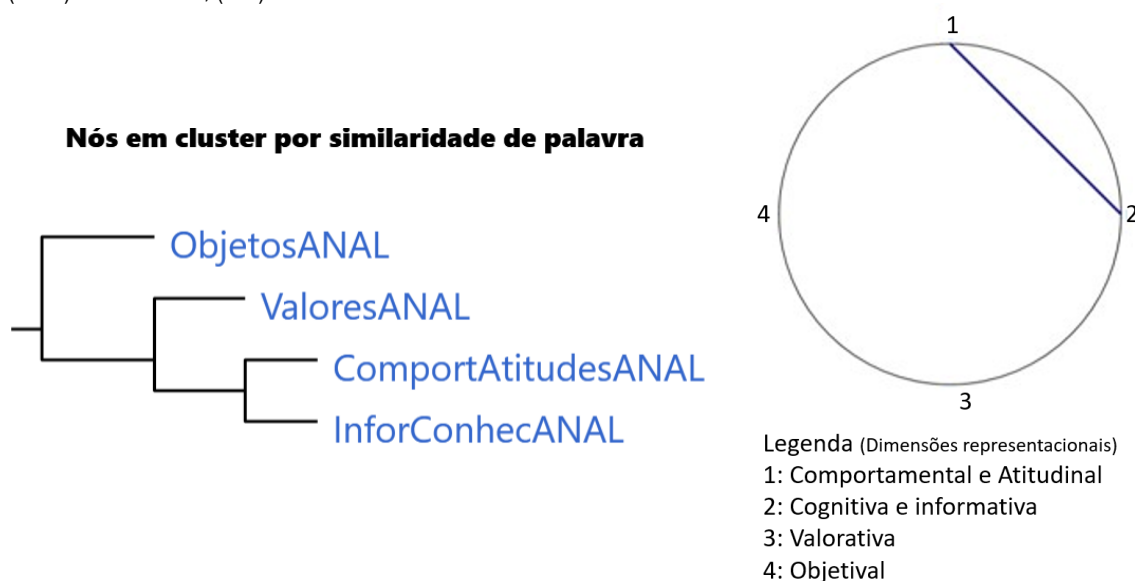
Geralmente dor de barriga a pessoa sente, né? Cólica, assim uma dor de barriga e... a pessoa fica suando frio assim... parece que dá aquele mal, né? ... fica suando frio, gelado. 65091

Ah, eu mesmo as "vez" acontece. (perde fezes) [...] Porque eu, eu tomo muito leite e biscoito. [...] Então... e ,e, e como uma vez só também, não é exagerado, né?. Eu acho que por isso que fica... muito, muito mole lá dentro, né? [...] As "vez" porque assim porque eu fico muito sentada. As "vez", quando eu vou levantar pra ir no banheiro, que pra isso eu tenho que ir lá no vaso, né? 65082

Ah! Tem que tomar remédio, né? Tomar remédio e "miora". 65098

Ao focar os resultados obtidos com a abordagem processual das Teorias das Representações Sociais, foi possível detalhar as dimensões representacionais mencionadas (informativa/cognitiva, comportamental/atitude, valorativa e os objetos/imagética) conforme consta no dendograma (**Figura 16**) referente à incontinência anal entre 50 pessoas idosas.

Figura 16 : Dendograma das categorias obtidas a partir das dimensões representacionais sobre incontinência anal (n=50). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivoPro 11®

Para exemplificá-los seguem fragmentos de discurso dos participantes:

comportamental e atitudinal: *Assim não convivo com ninguém. É uma coisa assim que a gente não conversa muito, né? (perder fezes e/ou gases). 65529*

Informativa e Cognitiva: *Eu conhecia! ..., mas ela morreu há muitos anos [...] Ela fazia na roupa, né? [...] Ela que falava [...] que saía. 65001*

Valorativa: *Ah! Ah! É muito difícil. É muito difícil. 65198*

Imagética: *Já, minha irmã (perde fezes). 650042*

Na unidade de contexto que aborda os conteúdos **informativos e cognitivos** mencionados por 50 pessoas idosas sobre a incontinência anal, foi possível identificação de três unidades de significado: 1) Conteúdos reificados apreendidos por experiências próprias e permuta de experiências; 2) Conhecimento dos alimentos e fisiologia corporal que são intervenientes sobre a intensidade e/ou surgimento das IAs; e 3) Concepções da incontinência enquanto um problema de saúde não relatado pelas pessoas.

Na unidade de significado intitulada “conteúdos reificados apreendidos por experiências próprias e permuta de experiências”, constam as concepções conhecidas ou de que os participantes foram informados a respeito da incontinência, havendo como componente comum tratar-se de um problema intestinal e de caráter involuntário. Para exemplificá-la, constam a seguir alguns fragmentos de discurso dos participantes, a saber:

[...] tem momentos aí que eu tenho esse problema. 65023
Terça-feira, disse ela (irmã), que, até 10 horas, ela já tinha ido no banheiro uma porção de vez [...] Minha irmã, ela fica assim com a barriga fica muito inchada, tá? [...] Fica evacuando, evacuando. Diz ela que fica com cheiro ruim, entendeu? Mas depois para [...] E ela tem medo (de sair). Porque, no ônibus, assim, né? Fica longe. Tem as paradas, mas as paradas tá distante. 65038
Perder todo mundo perde. [...] Uai, a gente não tá esperando e sai. 65039
Ela não pode falar que ela vai sair [...] por exemplo: vir aqui em casa, ou ela vai receber o dinheiro [...] aí pronto: Aí dá aquela dor de barriga nela. Ela não consegue segurar. [...] É só ela falar que vai sair, pronto! 65042
Bom! ... A pessoa fica acanhada, né? Fica que nem ..., às vezes, é as vezes sai sem ela querer, né? [...] Então ela deve... A pessoa deve ficar acanhada, né? Com vergonha, né? Como que ela vai prosseguir o caminho? Se ela volta pra casa, se ela num volta. 65090

Na unidade de significado intitulada “Conhecimento dos alimentos e fisiologia corporal intervenientes sobre a intensidade e/ou surgimento das IA”, os participantes descrevem o conhecimento e as informações que adquiriram sobre a ação (anti)constipadora de alguns alimentos, fruto de experiências próprias ou de terceiros. Consideraram a idade um componente desencadeador natural para a ocorrência da IA. Para exemplificar esses conteúdos constam a seguir fragmentos de discursos dos participantes.

Porque tudo que come agora tá fazendo mal. Que ela já fez muita cirurgia, sabe? Muita mesmo [...] Ah! Eu sei que minha irmã, 65038
Costuma as “vez” ela ficar... passar horas e horas no banheiro [...] Com um dia ... com diarreia. Ela num pode comer nada assim, a mais, que faz mal. [...] Então, né?... Agora a minha cunhada, de vez em quando, ela vem aqui. Às vezes, quando a gente vai viajar.... se ela comer uma coisa diferente...aí atrapalha o intestino dela. 65009
Ah! Eu já vi acontecer com uma vizinha ali em baixo, a Fulana. Mas isso aí já é conforme a idade dela mesmo porque ela já tá com 80.. .acho que 88. É... 88 anos 65121

Cabe mencionar que a perda de fezes em decorrência da falta de controle sobre o horário da eliminação e o local gerou entre os participantes a dificuldade de distinguir episódios de diarreia e de IA.

Na unidade de significado “Concepções da incontinência, enquanto um problema de saúde não relatado pelas pessoas”, foram abordadas as manifestações intestinais, a urgência defecatória capaz de gerar constrangimento para aqueles que a possuem, a ponto de motivar seu ocultamento/não divulgação entre amigos, colegas, conhecidos e profissionais de saúde:

*Porque, se alguém perde (fezes), também não fala, né? 65154
É porque é uma coisa difícil que cada um tem seu banheiro, cada um tem sua casa... e, quando vai, também não gosta de falar, né? 65211*

Os conteúdos **comportamentais e atitudinais** mencionados por 50 pessoas idosas a respeito da incontinência anal foram agrupados em duas unidades de significado: 1) Necessidade de um banheiro disponível e a tempo; 2) Controle da ingesta de alguns alimentos e a utilização de estratégias que auxiliam na continência anal.

Na unidade de significado intitulada “necessidade de um banheiro disponível e a tempo”, estão os conteúdos de urgência miccional. As pessoas idosas relatam ir ao banheiro várias vezes durante o dia e se apressar para chegar a tempo de conseguir urinar sem se sujar.

*Fui fazer caminhada, aí, quando eu tava chegando em casa, não consegui segurar [...] eu fui caminhar sem ir no banheiro de manhã. 65025
[...] eu num consigo segurar (fezes). [...] Não sinto nada não. A não ser quando tá assim... uns, uns dias pra traz aí tava com dor de barriga, mas aí é dor de barriga. Ficava aquela dor, né, e toda hora ia no banheiro, né. Mas não é, é direto. Assim sem dor de barriga, sem nada eu vou constante no banheiro. É duas, três, quatro vezes de manhã. 65155*

E, na unidade de significado intitulada “controle da ingesta de alguns alimentos e a utilização de estratégias que auxiliam a continência anal”, estão retratados fragmentos de discurso dos participantes comentando sobre evitar alguns tipos de alimentos os quais eles percebem que alteram a consistência das fezes para formas líquidas e semilíquidas ou dessa condição para torná-las consistentes. Para alcançar tal modificação na consistência das fezes, as pessoas idosas mencionaram fazer uso de medicamentos e chás.

*Aí tem que tomar remédio, né? Tomar remédio e “miora”. 65098
Ah! Agora eu já tenho um negócio também que é assim: Eu num como, num como assim nada de semente. A única coisa que eu gosto muito é de uva. 65121
Se eu abusar de muita coisa, coisa gordurosa, eu já não posso. Que eu tenho um pouco de diabetes. Então eu já, já não posso muito abusar com isso. Se abusar, no outro dia, vai duas vezes no banheiro, mas assim: acabou, acabou. 65038
Ah! Eu mesmo as “veiz” acontece. (perde fezes) [...] Porque eu, eu tomo muito leite e biscoito. [...]. Eu acho que por isso que fica... muito, muito mole lá dentro, né? 65082*

Os conteúdos **valorativos** mencionados por 50 pessoas idosas a respeito da incontinência anal abordam sobre: 1) ser um evento desagradável que possui cheiro forte e 2) ser a consistência das fezes alterada, conforme mostram os fragmentos de relatos, a seguir:

Com esse cheiro muito forte e aquela água. 65038

Ah, agora é muito, é desagradável, né?! 65075

Deve ser duro, né? (perder fezes) [...] Ah! Imagino que é uma coisa muito triste, né?(perder fezes) 65120

Tá fininho o bichinho (neto). Tá uma linha (referiu-se ao formato das fezes). 65171

As pessoas idosas comentam ser um evento desagradável e ruim seja pelo cheiro forte e fétido do conteúdo, seja pela consistência das fezes alterada de sólida-pastosa para a forma semilíquida e líquida.

Ao mencionarem comportamentos, atitudes, conhecimentos, informações e exprimirem valores a respeito da incontinência anal, os participantes **apontaram imagens** (símbolos) que retratam como percebem a incontinência sendo mencionada como conteúdos: questões que remetem ao cheiro e à consistência das fezes, a pessoas que perdem fezes e ou gases (familiares e amigos), doença, medicamentos e roupa suja. Esses conteúdos foram agrupados na categoria “Retratação imagética da incontinência anal”. A seguir, apresentam-se fragmentos de discursos que a exemplificam:

Ela (fezes) que fica com cheiro ruim, entendeu? 65038

A Fulana é minha filha mais velha e perde cocô 65009

É bem mole, bem mole. Tipo assim, um... num é uma “caganeira”, mas assim, é bem mole mesmo. 65155

Ah, aí sujando a roupa acabou, né?! 65166

Comprimido de farmácia num cortava não. 65172

Nos fragmentos de discurso mencionados sobre a incontinência anal, foi possível perceber que a origem representacional está alicerçada nas experiências pessoais e familiares, embora o contato com os vizinhos também tenha sido identificado como uma fonte de alicerce menos acessada na construção dos conteúdos representacionais realizados pelos participantes. Essas origens constam do dendograma da **Figura 17**.

Figura 17: Dendograma contendo a origem dos conteúdos simbólicos de pessoas idosas sobre incontinência anal (n=50). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivoPro 11®

A **origem** da aproximação dos participantes com os conteúdos sobre a IA se deu por meio de experiências próprias, com terceiros, familiares, com profissionais de saúde e com o processo de adoecimento e a necessidade de restrição. Para exemplificar a origem da aproximação desse conteúdo com os participantes, seguem alguns fragmentos de discursos:

Por conhecidos ou pessoas que lhe contou sobre o assunto

Uma amiga que mora na rua X com 82 anos, ela no telefone conversando comigo ela já começou a perder fezes com sangue com tudo. 65099

Às vezes, você conversa com um, com outro, com outro, com outro e fica sabendo. (que a pessoa perde fezes). 65120

Por familiares

Não, meu pai mesmo acontecia isso com ele. Diversas vezes. (perder fezes e gases) [...] Não, assim, quando ele perdia muito é quando ele dava diarreia. [...] Idoso né, aí não sabe segurar. 65147

Experiência própria

Comigo. Duas vezes. Fui fazer caminhada, aí quando eu tava chegando em casa, não consegui segurar. [...] Pode até recomendar aí: conselho todo mundo ir no banheiro e então fazer caminhada. 65025

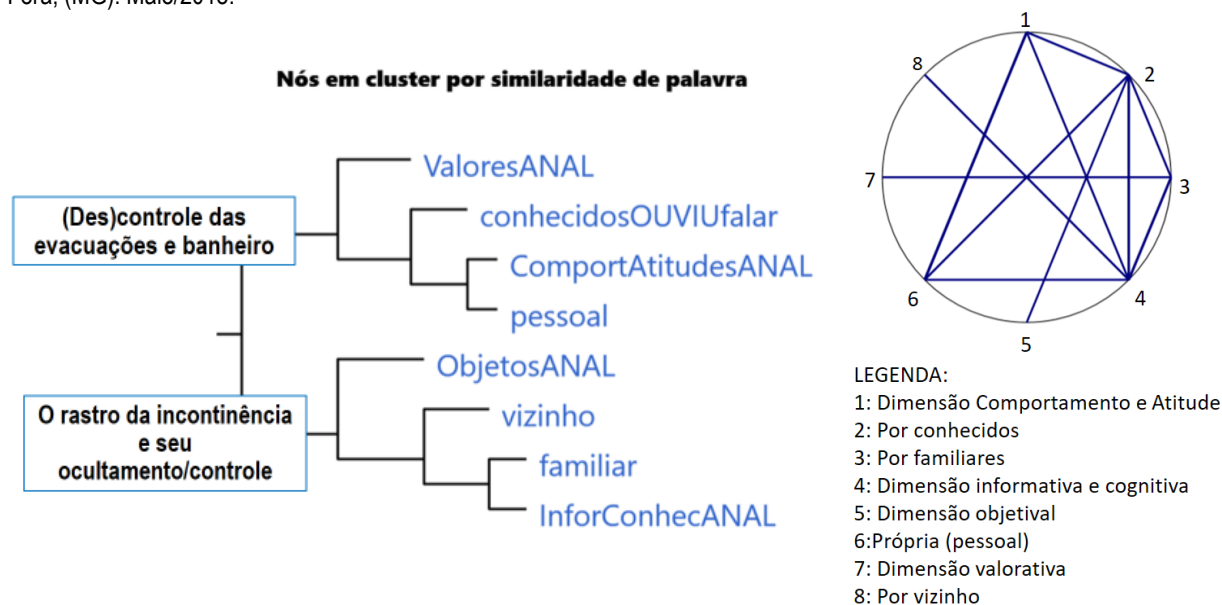
Vizinhos

Ah...eu já vi acontecer com uma vizinha ali em baixo, a dos anjos. Mas isso aí já é conforme a idade dela mesmo porque ela já tá com 80....acho que 88. É...88 anos. E ela tem um problema que o médico queria até virar o intestino dela, sabe? 65121

As pessoas idosas possuem conhecimento e experiência sobre a incontinência anal por meio de experiências próprias, com a convivência de pessoas próximas que possuem essa alteração no padrão intestinal ou ouviu falar por terceiros que esse fato acontece/aconteceu.

Ao analisar as dimensões representacionais juntamente com a origem das construções simbólicas elaboradas pelos participantes a respeito da incontinência anal foi possível identificar que emergiram dos discursos duas categorias, a saber: 1) (Des)controle das evacuações e o banheiro e 2) O rastro da incontinência e necessidade de ocultamento/controlado.

Figura 18: Representação simbólica por dendograma e gráfico de círculo das categorias obtidas pela reunião das dimensões representacionais com a origem das representações simbólicas de pessoas idosas sobre incontinência anal (n=50). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018.



Fonte: Programa NVivoPro 11®

Na categoria intitulada “(Des)controle das evacuações e banheiro”, foi possível selecionar fragmentos de discursos que alicerçam os conteúdos compartilhados socialmente pelos participantes, conforme consta a seguir.

Dimensão Comportamental/atitudinal

Ah, eu mesmo as “vez” acontece. (perde fezes) [...] Porque eu, eu tomo muito leite e biscoito. [...] Então... e ,e, e como uma vez só também, não é exagerado, né? Eu acho que por isso que fica... muito, muito mole lá dentro, né? [...]. As “vez” porque assim porque eu fico muito sentada. As “vez”, quando eu vou levantar pra ir no banheiro, que pra isso eu tenho que ir lá no vaso, né? **65082**

Mas eu num consigo... pra ir no banheiro eu não consigo não... eu, eu, num consigo segurar (fezes). [...] Não sinto nada não. A não ser quando tá assim... uns, uns dias pra traz aí tava com dor de barriga, mas aí é dor de barriga. Ficava aquela dor, né? E toda hora ia no banheiro, né? Mas não é, é direto. Assim sem dor de barriga, sem nada eu vou constante no banheiro. É duas, três, quatro vezes de manhã. **65155**

Assim, por exemplo, meu, meu intestino pra mim controlar ele assim: firme assim. E só eu comendo muita banana prata, essas coisas. Mas, mais vezes, ele fica mais desandado do que é duro assim, firme. **65166**

Eu num sei, eu num lido aqui pra baixo conversar com isso. (perder fezes e/ou gases). Essa conversa eu não tenho. **65512**

Valorativo

Com esse cheiro muito forte e aquela água. **65038**

Ah! Agora é muito, é desagradável, né?! **65075**

E as “vez” acontece, mas eu é (perder fezes)...eu sou muito cuidadosa nesse ponto porque, nossa senhora, vou te falar num é fácil. **65082**

Você fica assim sem jeito. (referiu-se aos momentos em que perde fezes- registro de campo). [...] Não, é lógico que você fica, né? Fica sem jeito, sem saber o que você vai fazer. Principalmente se alguém vê... **65119**

Deve ser duro, né? (perder fezes) [...] Ah! Imagino que é uma coisa muito triste né?(referiu-se a perder fezes) **65120**

Que tem o intestino é... supersolto. E ele tem medo de comer as coisas na casa da gente. Tem medo de comer na casa da gente por causa disso. Porque ele come e aquilo em minutos ele, coitadinho, ele alguma vez que ele comeu aqui ele foi embora

correndo pra casa com medo, com vergonha de usar o banheiro. Ai eu tenho pena dele! Ele tem isso há muito tempo. Então o problema dele é esse, que eu sei de, de problema grave é só do meu irmão. 65202

Nessa categoria, foram identificados conteúdos referentes à incontinência na perspectiva de um conteúdo reificado conforme mencionado na dimensão informativa e cognitiva com desdobramento para a percepção da influência dos alimentos na origem ou controle das IAs e a singularidade como cada organismo fisiologicamente responde às ocorrências de eliminações intestinais no cotidiano. Tais componentes representacionais justificam o banheiro, enquanto elemento imagético, cuja localização e disponibilidade diminuem as preocupações da pessoa com incontinência e a fazem sentir-se segura na medida em que compreende que o banheiro, quando disponível, possibilitar-lhe-á acessá-lo em tempo compatível com a autopercepção de uma possível demanda. A ausência do banheiro pode justificar a descrição de restrições e falta de engajamento para atividades instrumentais e avançadas da vida diária.

A dimensão valoração é apresentada na perspectiva de uma abordagem negativa a respeito da presença da incontinência anal, vinculando-a ao odor, à sujidade, sem controle devido a sua fluidez e de caráter desagradável, capaz de expor publicamente a ocorrência de um evento fisiológico. Isso gera constrangimento e compromete a autoimagem e a autoestima da pessoa. Experiências com terceiros, principalmente quando eles são próximos ou consanguíneos, podem favorecer que pessoas sejam componentes imagéticos resgatados ao mencionarem as incontinências anais.

Na categoria intitulada “**O rastro da incontinência e a necessidade de ocultamento/controle**”, foi possível selecionar fragmentos de discursos que a alicerçam a partir das dimensões informativa/cognitiva, comportamental, valorativa e imagética, conforme consta a seguir.

Dimensão informativa/cognitiva

Fica evacuando, evacuando, cê vai lá, diz ela que fica com cheiro ruim, entendeu?65038

Comigo. Duas vezes. Fui fazer caminhada, aí, quando eu tava chegando em casa, não consegui segurar. [...] Pode até recomendar aí: conselho todo mundo ir no banheiro e então fazer caminhada. 65025

Terça-feira, diz ela que 10 horas ela já tinha ido no banheiro uma “purção de vez” [...] Porque tudo que come agora tá fazendo mal. Que ela já fez muita cirurgia, sabe? Muita “mermo” [...] Ah! Eu sei que minha irmã, ela fica assim muito, a barriga fica muito inchada, tá. [...] Mas depois para, mas ela não pode abusar com nada de comida. [...] Então a gente viaja assim, muito. Eu canso de chamar. Porque ela não vai em lugar nenhum. Mas ela num vai é que ela tem medo. Porque no ônibus assim, né? Fica longe. Tem as paradas, mas as paradas tão distantes. Aí ela num vai. 65038

Ah, ela já tá...ela tá quer dizer a gente chega numa certa idade também tá com ... acho que fez 100 ano, ou 90 e não sei quanto, por aí assim, sabe? 65075

Bom, há como seja a pessoa fica acanhada, né? Fica que, né?... às vezes, é as fezes sai sem ela querer, né? [...] Então ela deve, a pessoa deve ficar acanhada, né? com vergonha, né? 65090

Ah! Comigo até que de vez em quando acontece (perder fezes), mas a médica falou comigo que ela prefere meu intestino mais solto do que ele preso.[...] Porque eu já operei até hemorroida. Mas assim, tem dia que eu levanto tá uma coisa. 65132

Não, meu pai mesmo acontecia isso com ele. Diversas vezes. (perder fezes e gases) [...] Não, assim, quando ele perdia muito, é quando ele dava diarreia. [...] Idoso, né? aí não sabe segurar. 65147

Ah! A pessoa não sente o intestino funcionar. Faz sem ver. 65149

Nem imagino. Porque, se alguém perde (fezes), também não fala, né? 65154

Assim... de fazer sem sentir (cocô) [...] Ah! Num... acabava de tirar a fralda, botava a fralda, fazia de novo. Mas era porque, ela tava mesmo com um problema no intestino. [...] Ah! Eu acredito porque ela num podia tomar muito assim... limonada, refrigerante, verdura de folha...tudo isso causava, entendeu? Tudo isso causava esse problema nela. 65168

Ah! Pessoas, às vezes, faz uma cirurgia, por causa de cirurgia, né? Só isso. Meu irmão mesmo foi um, já morreu também. Cirurgia do intestino. Aí ele já morreu, tem mais de cinco anos. 65196

Dimensão imagética ou objetival

A Fulana é minha filha mais velha e perde cocô 65009

É bem mole, bem mole. Tipo assim, um... num é uma “caganeira”, mas assim, é bem mole mesmo. 65155

Ah! Aí sujando a roupa acabou, né?! 65166

Nessa categoria, foram identificados fragmentos de discursos em que o marcador imagético foram as roupas sujas, as pessoas conhecidas que apresentam incontinência. Outro elemento simbólico remetido foram os remédios que retratam o processo de medicalização que pode estar envolvido no processo de enfrentamento da incontinência anal.

O fato de os participantes objetivarem e ancorarem a temática da incontinência anal nas duas categorias intituladas “(Des)controle das evacuações e banheiro” e “O rastro da incontinência e a necessidade de ocultamento/controlado” reforça a concepção estigmatizante que esse evento possui para o grupo social e permite compreender a razão pela qual esse assunto é omitido nas conversas cotidianas. Explica também por que se tem restrição para seu desvelamento, até mesmo nos atendimentos profissionais de saúde.

Ao analisar o conhecimento e as informações aferidas pela reunião dos dados obtidos a partir do quadro de quatro casas e dos fragmentos de discursos das pessoas idosas, percebe-se que elas possuem informações e experiências sobre fatores desencadeadores, sinais e sintomas que contribuem para IA, entre eles o envelhecimento humano.

A proximidade dos participantes para a temática pode ser atribuída ao fato de as pessoas estarem em processo de envelhecimento e apresentarem alterações na musculatura do assoalho pélvico, o que pode desencadear a IA. Há estudos na literatura nacional e internacional da prevalência de IA em pessoas idosas, podendo chegar a 50% e a idade após os 40 anos é considerada fator de risco para IA^{147; 148}.

Entre os conteúdos e na segunda periferia do quadro de quatro casas, foram mencionados os hábitos alimentares. As pessoas idosas perceberam a necessidade do consumo de alimentos

adequados que auxiliam na consistência das fezes e na formação do bolo fecal. Há evidência internacional que recomenda a diminuição de sódio, frituras e alimentos que contêm cafeínas e que produzem flatos, como cebola e repolho, a fim de auxiliar na consistência das fezes¹⁴⁹.

Outro conteúdo reportado nos discursos e no possível núcleo central pelo cognema “muito-ruim” foram as alterações no estado emocional e sentimentos ruins frente à situação de perda do esfíncter anal. Isso porque os indivíduos, ao serem expostos a uma situação de estresse, liberam catecolaminas que alteram a microbiota intestinal e a atividade do trato intestinal^{150,151}.

O escape e/ou a perda de fezes e gases no ambiente promovem um impacto social, já que as fezes são consideradas como algo infeccioso, profano, marcado pela repulsa e que deve ser devolvido novamente para a natureza. Isso favorece o ocultamento/restrrição deste conteúdo durante conversas habituais com familiares, colegas, amigos e/ou profissionais de saúde.

A restrição em falar sobre o assunto da incontinência anal dificulta mencionar sua ocorrência nas ocasiões em que a pessoa não tem controle sobre sua continência esfinteriana. Por isso, acaba sujando suas roupas e precisando de um banheiro próximo a ela a ponto de ser acessado a tempo hábito para suas necessidades de evacuação^{152; 153; 154}.

No possível núcleo central e no quadrante inferior direito do quadro de quatro casas, os cognemas “problema” e “suja a roupa”, respectivamente aí alocados, são corroborados com as falas dos participantes.

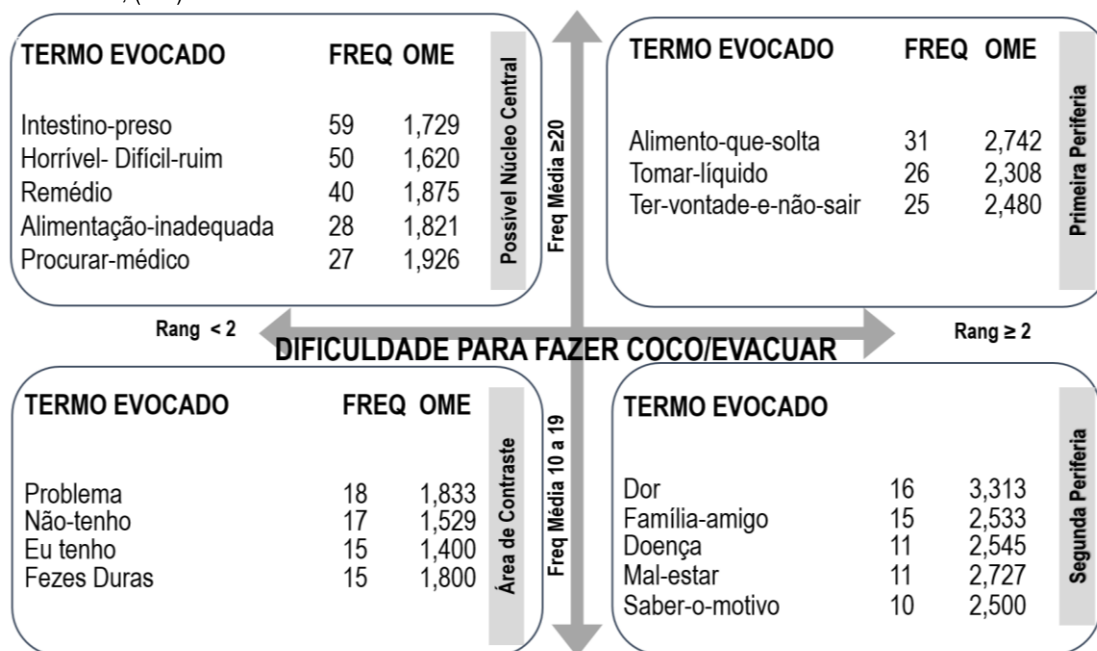
O isolamento social e o constrangimento em comentar sobre o assunto também foram referidos pelas pessoas que possuem IA e por aquelas que convivem ou conviveram com pessoas com IA. Pesquisa realizada nos Estados Unidos com 1.412 mulheres idosas confirma que o isolamento social, a relação da solidão, a depressão e a ansiedade podem estar associadas à ocorrência de IA^{32; 154}.

Além de possuírem informações e conhecimentos sobre o assunto, os participantes mencionaram colocar em prática as mudanças necessárias que estão relacionadas à IA como aquelas referentes aos hábitos alimentares. Gorduras e sementes, citadas pelas pessoas idosas, auxiliam na formação do muco intestinal e conseqüentemente no trânsito intestinal e na consistência das fezes. Portanto devem ser evitadas ou consumidas moderadamente por pessoas com IA¹⁵⁵.

A “diarreia”, cognema alocado no possível núcleo central, consiste em um fator de risco e etiológico para a IA, podendo ser confundida com a IA. Conceitualmente a diarreia é uma doença intestinal inflamatória que altera a consistência das fezes durante o período de contaminação/infecção, dificultando que o indivíduo retenha o conteúdo fecal quando semissólido ou líquido¹⁵⁶.

Outra condição de eliminação intestinal abordada no contexto das alterações intestinais é a **constipação intestinal**. Ela foi estudada por meio da Teoria das Representações Sociais nas abordagens estrutural e/ou processual com vistas a captar as perspectivas coletivas do processo do padrão de eliminações intestinais entre as pessoas investigadas.

Figura 19: Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Dificuldade para fazer cocô/evacuar” (n=186). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa EVOC 2000.

Os 186 participantes evocaram as cinco primeiras palavras a partir do termo indutor “dificuldade para fazer cocô/evacuar”, sendo possível apreender os elementos simbólicos retratados por eles a partir da análise do quadro de quatro casas.

No QSE, possível núcleo central, foram alocados os cognemas: “intestino-presos”, “horrível-difícil-ruim”, “remédio”, “alimentação-inadequada” e “procurar-médico”. Esses cognemas retratam situações comportamentais e atitudinais, valorativas, de informação e cognição e imagéticas que são consideradas consensualizadas entre o grupo socialmente determinado. Os cognemas mencionados referem-se à dificuldade para evacuar como uma situação de alteração no organismo, que foi mencionada pelos participantes como “intestino-presos”.

A presença dos cognemas “procurar-médico” e “remédio”, alocados no mesmo quadrante, traz para a constipação intestinal a ideia de necessidade de medicalização e adoecimento a ponto de requerer um atendimento profissional. A necessidade de procurar o profissional médico está ligada à concepção de algo capaz de afetar a saúde que requer intervenção terapêutica. A constipação, nesse sentido, é percebida como uma anormalidade do organismo, ou seja, uma

doença, para a qual se justifica a utilização de medicamentos quando se pretende a resolução do quadro.

Quanto à abordagem da constipação como decorrente de um estilo de vida e de hábitos, foi mencionada pelos participantes como causa a “alimentação-inadequada”, e a expressão “horível-difícil-ruim” remete a sentimentos e sensações negativas. Tal conteúdo foi corroborado por fragmentos de discurso dos participantes referentes à abordagem processual das representações sociais, conforme consta a seguir:

*Ah! Eu tenho o meu genro, o meu genro ele... ele chega a ficar, às vezes, até dez dias sem fazer... sem evacuar. E, quando ele vai no banheiro, parece assim que ele tá tendo um filho. Tadinho! Ele geme mesmo; ele grita de dor. [...] Ele procura assim comer mamão, comer ameixa, essas coisas, mas, mesmo assim, ele ainda não consegue. É muito mesmo... o dele assim.. é a pessoa assim que eu já vi assim mais forte de prisão de ventre. **65091***

*É conforme o que come, fica por dentro não tem jeito de sair. **65167***

*Ela tá com 32 anos, mas tem uma dificuldade. [...] O médico já fez todo tipo de exame e falou que é assim mesmo. [...] Ela num reclama nada. Só que tem dificuldade. Que passa uns dias assim sem fazer, sabe? [...] O médico fala que a gente tem que ir todos os dias. Outros falam que não, que não pode ir todos os dias. A pessoa fica assim sem saber. Cada médico fala uma coisa... **65168***

*O que aconteceu comigo, eu tive dificuldade (evacuar) [...] Ai tive que tomar remédio, foi preciso fazer lavagem... [...] Eu fiquei, eu fiquei muito ruim. Porque eu fiquei lá 15 dias sem operar, “cê” sabe, né? **65124***

No QIE, considerado a área de contraste, estão alocados os conteúdos mais prontamente mencionados pelos participantes, mas que foram referidos apenas por um subgrupo de participantes. Os cognemas presentes nesse quadrante foram “problema”, “não tenho” e “eu tenho” e “fezes duras” e retratam conteúdos representativos de um subgrupo e por isso não representam o conteúdo consensualizado pelo grupo. A seguir, constam fragmentos de discursos que corroboram com os termos evocados:

*Às vezes a gente vê alguém assim comentar que tem o intestino preso. Eu pelo menos, graças a Deus, o meu assim... funciona por enquanto normal. Ou às vezes deve ser algum problema, né, que a pessoa tem. Ou às vezes, dependendo alguma comida que come, alguma coisa que come, às vezes a pessoa num... aquilo não consegue digerir direito, né. Ai eu acho que isso é uma das primeira coisa. Ah já uai. [...] Ih, eu passo dois, três dias sem fazer cocô. Quando eu vou fazer, faz assim um cocô duro. [...] Sinto nada. Sinto força, é o mesmo que ganhar um filho. [...] Foi bom eu te falar mesmo. **65065***

O QSD, primeira periferia, destina-se a conteúdos consensualizados pelo grupo, mas que não foram prontamente citados, a saber: “alimento que solta”, “tomar líquido”, “ter vontade e não sair”. Esse conteúdo foi corroborado com os fragmentos de discurso dos participantes:

Eu tenho. (constipação intestinal) [...]. Eu fico sentada no vaso. Nada sai de jeito nenhum! É a coisa mais difícil do mundo! Ai, eu fico lá, fico, fico e num sai. Ai eu

levanto, ando de novo pra ver se sai. Se eu viajar, sair assim pra fora de casa, passar dois, três dias... ih minha filha! Num faço nada! Fica tudo preso! 65171
Eu faço uso de, de fibras, muita verdura, alimentação saudável, né? [...] Assim eu sei tem muito cuidado, porque eu já tirei um pólipó, devido à prisão de ventre, mesmo no intestino. Até fiz colos...é...colocos... não. Colonoscopia! 65144

Na etapa processual, os participantes não versaram sobre a ingestão de líquidos no auxílio da melhora da constipação, sendo observado apenas na etapa estrutural.

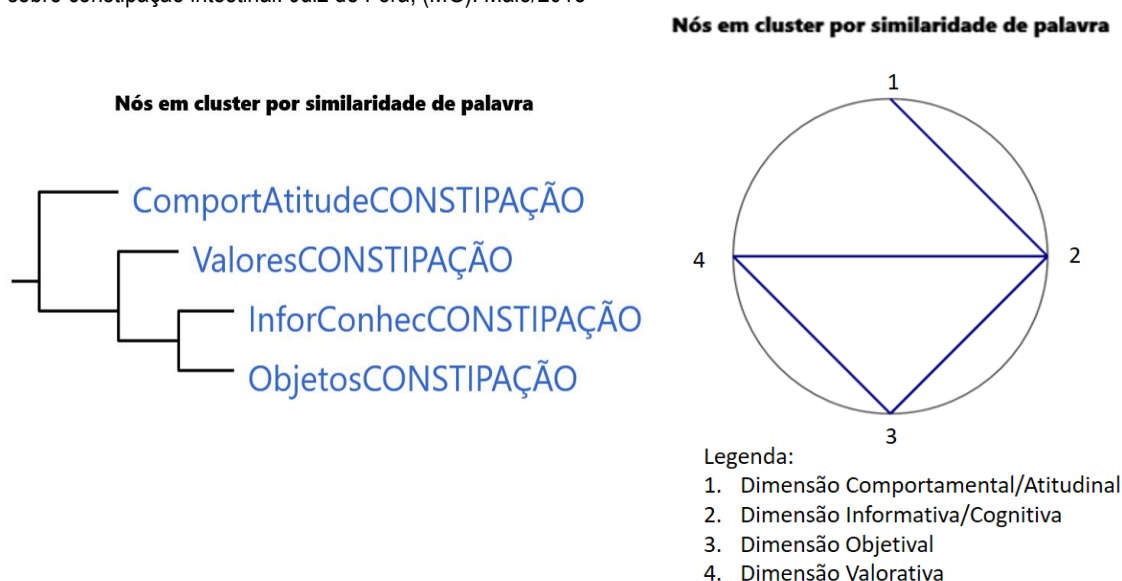
O QID, segunda periferia, destina-se aos cognemas com baixa frequência e que não foram citados prontamente. Os cognemas versam sobre a percepção individual dos elementos do grupo social, traduzindo o que ocorre no âmbito individual e não na percepção coletiva.

Os referidos cognemas alocados nesse quadrante foram: “dor”, “família/amigo”, “doença”, “mal-estar”, “saber o motivo”, retratando as dimensões imagética (“dor”, “família/amigo”, “doença”, “mal-estar”), de informação e cognição (“saber o motivo”). Esses cognemas estiveram presentes também nos discursos dos participantes:

Ah! É aquela dor horrível. Eu já fui operado de hemorroida, né? 65073
Ih tem, isso aí eu conheço. Tem a minha irmã que é muito difícil. 65111
A pessoa depende da alimentação, né?! Vai da alimentação que comer. [...] E a alimentação prende o intestino. 65120

A concepção da **constipação intestinal na abordagem processual** das representações sociais possibilitou identificar componentes das seguintes dimensões: informativa/cognitiva, comportamental/atitudinal, valorativa e os objetos/imagens acessados para exprimir sua presença (Figura 20).

Figura 20: Dendograma das categorias obtidas a partir das dimensões representacionais de 50 pessoas idosas sobre constipação intestinal. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Para exemplificar as dimensões representacionais de pessoas idosas para a constipação intestinal, constam a seguir fragmentos de discurso dos participantes.

Comportamental e atitudinal: *Aí tem que tomar remédio, né? Tomar remédio e “miora”. [...] É. Quando acontece isso, tomo, sabe, que lactopurga.* **65098**

Informativa e Cognitiva: *Ah, fica uma porção de dias sem fazer, depois faz duro. Muito duro. [...] Assim, fica com o intestino parado, uma porção de dias sem ir no banheiro, aí depois tem que tomar alguma coisa pra ir, né.* **65142**

Valorativa: *Ela tem coitadinha (dificuldade de fazer cocô). É difícil.* **65009**

Imagética: *Essa filha que telefonou pra mim (tem constipação).* **65138**

Imagética: *Essa filha que telefonou pra mim (tem constipação).* **65138**

As 50 pessoas idosas mencionaram conteúdos **informativos e cognitivos** sobre a constipação intestinal. Esses conteúdos foram agrupados em quatro unidades de significado: 1) Conhecimento dos alimentos, formas mecânicas e medicamentosas que minimizam os efeitos da constipação; 2) Cotidianidade da constipação na vida moderna; 3) Conteúdos reificados apreendidos por experiências próprias e permuta de experiências e complicações da constipação intestinal.

No que tange à primeira unidade de significado, intitulada “Conhecimento dos alimentos, formas mecânicas e medicamentosas que minimizam os efeitos da constipação”, as pessoas idosas mencionam que a constipação pode ser resolvida/tratada com a adequação dos hábitos alimentares e por meios intervenientes, até mesmo invasivos. A seguir, alguns fragmentos das falas que exemplificam isso.

Ele procura assim comer mamão, comer ameixa, essas coisas, mas, mesmo assim, ele ainda não consegue, é muito mesmo.. o dele assim.. é a pessoa assim que eu já vi assim mais forte de prisão de ventre. **65091**

Agora alguém que tem o intestino preso é Ciclana. É a minha filha, que ela até toma aquela, aquele, um danone especial que toma pra soltar o intestino. Porque a barriga dela chega até inchar, sabe? **65121**

É. E eu já falei até com ela, come feijão! “Milhor” coisa que existe no mundo, tá? [...] fala que come verdura, come legumes e tudo **65025**

É problema de, de, de retenção. [...] Mas o que acontece é o seguinte são, é mais aí tem o problema dos laxativos. [...] Num é, tem o óleo mineral. [...] Que é usado isso eu sei, viu? E tem o supositório de glicerina. [...] Então são os dois casos **65023**

Já, já. Inclusive conheço uma que teve que operar. [...] Diz que começou a sair fezes pela boca. [...] Ela “miorou”, mas, de vez em quando, ela vai pro hospital. Ela num faz, eles traz ela pro hospital. **65120**

Mas ela, tem, tem que tá tomando as coisas pra soltar. **65138**

Com relação à segunda unidade de significado, intitulada “Cotidianidade da constipação na vida moderna”, os participantes mencionam a constipação intestinal como um evento do cotidiano das pessoas e independentemente da idade, conforme apontam os fragmentos dos discursos:

Já.. muita gente. (dificuldade de fazer cocô). [...] É problema de, de, de retenção 65023
Isso aí é comum... é normal, né. A pessoa acontecer isso. 65090
Isso aí, é... muito, todo mundo tem, até eu também. 65099
Ih, aqui em casa, é todo mundo. 65132

Quanto à terceira unidade de significado, “conhecimento reificado sobre a constipação e suas complicações”, os participantes demonstraram ter informação sobre como as pessoas se sentem ao ter a funcionalidade do intestino alterada e as possíveis complicações que a constipação intestinal pode desencadear com o tempo, a seguir, apresentam-se fragmentos que exemplificam isso:

Ressecada, passa um, dois dias tem vez sem fazer, a briga cresce... 65138
Ah sei, tem. Constipação também tem. [...] Constipação é a pessoa que fica dias, minha filha mesmo ela é médica. [...] E ela fica uma semana inteira sem ir no banheiro. [...] 65025
Ah tem um... dá um mal-estar na altura do, do do vamos dizer assim, do aparelho digestivo, né. Do “intestino” e dá aquela ansiedade, parecendo criança. Fica inquieto e tudo o adulto também, mas é mais velho é o transtorno é, vamos dizer, geral. 65023
Mas, com meu cunhado, era uma tristeza. Ele chegou ao ponto de até ter que operar de hemorroida de tanta força que fazia. Aí tava, fazendo um tratamento, agora parece que tá dando uma melhorada. 65199

No que tange aos conteúdos que versam acerca da **atitude e comportamento** das 50 pessoas idosas a respeito da constipação intestinal, foi identificada uma unidade de significado intitulada: “Estratégias artificiais e naturais para lidar com a constipação”

Quanto a essa unidade de significado, as pessoas idosas referiram formas de amenizar os efeitos da constipação, como: movimentar os membros inferiores, manter hábitos alimentares saudáveis, usar manobras manuais e força para conseguir excretar, fazer uso de medicamentos e se submeter a procedimentos de lavagem intestinal. A seguir, alguns exemplos:

[...] Ficou... eu fiquei... eu já tenho o intestino preso né, eu fiquei com intestino preso muitos dias, aí tive que tomar remédio, foi preciso fazer lavagem... [...] Eu fiquei, eu fiquei muito ruim. 65124
Já. Muitas vezes. [...] Fica com o intestino ressecado, sem ir no banheiro, um dia..dois, pra resolveu eu tenho que tomar um laxante. 65144
Ah já uai. [...] Ih, eu passo dois, três dias sem fazer cocô. Quando eu vou fazer, faz assim um cocô duro. [...] Sinto nada. Sinto força, é o mesmo que ganhar um filho. [...] 65065
Isso comigo acontece. [...] Tem que ficar.. eu fico espremo dali, espremo daqui. Levanto perna pra um lado, levanto... é um sacrificio.. pra mim, pra mim, acontece comigo assim. 65119
Eu fui comer, como que fala... mamão minha filha, é... comer um mamão e ir pro banheiro. [...] Aí tem dia que ela compra mamão sempre na feira, aí ela parte um mamão pra nós dois, esse pequenininho, né. 65155

Os conteúdos que versam sobre os **valores** atribuídos pelas 50 pessoas idosas sobre a constipação intestinal foram referentes a “sensações desagradáveis por não conseguir evacuar”, conforme mostram alguns fragmentos:

E, o que eu já falar é que a pior coisa que a pessoa pode ter é prisão de ventre, né. Porque, tudo que você come se fica preso ali e precisa sair, né, tem que sair. 65144 quando ele vai no banheiro parece assim que ele tá tendo um filho tadinho [...] ele fica com muita dor... [...] Ele fica irritado, muito nervoso, porque vai passando os dias que ele não consegue evacuar, ele fica muito nervoso, muito tenso e... é isso ele fica com irritação e dor, né 65091
Aí então quando ela ia ao banheiro ficava oh. ..e também era um fedor. Cheiro muito forte. 65075

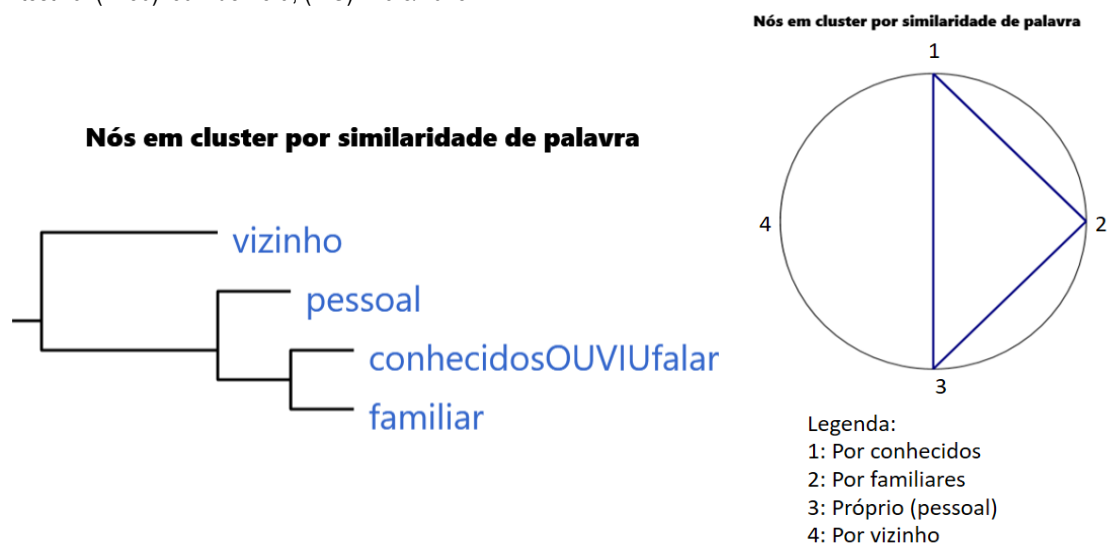
Na fala dos participantes, verificam-se relatos de dores fortes, fezes duras, cheiro forte e desagradável, mal-estar, irritação, nervosismo e tensão quando ficam dias sem evacuar e durante a iminência de evacuar, além de considerarem este um problema difícil de lidar.

Os participantes mencionaram **imagens** que retratam a percepção deles quanto à constipação intestinal: mencionando os familiares que apresentam esta alteração, intestino preso, remédio, cheiro forte, dores, a consistência das fezes e alimentação adequada que auxilia na defecação. Estas foram agrupadas em uma unidade de significado intitulada “Retratação imagética da constipação”, conforme exemplificado com fragmentos de discurso, a seguir:

Aí eu tomei o remédio esses dias melhorei. 65065
Cheiro muito forte. 65075
Ah, dá aquela dor de barriga né? [...] Intestino preso que fala, né? [...] Ai eu como assim é, taioba que é “bão”, né, taioba, quiabo. 65098
Ah mal-estar, um mal-estar sempre é [...] e uma certa fraqueza também. 65200
Mas ela (filha) fica toda machucada, toda arrebetada. Porque sai grosso. 65202
Parece que tem uma pedra dentro de mim. 65171

A **origem dos conteúdos representacionais sobre constipação intestinal** está alicerçada nas experiências pessoais e familiares para a construção dos conteúdos representacionais realizada pelos participantes conforme consta do Gráfico de Círculo apresentado na **Figura 21**.

Figura 21: Dendograma contendo a origem dos conteúdos simbólicos de pessoas idosas sobre constipação intestinal (n=50). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivoPro 11®

Para exemplificar a construção simbólica influenciada por **conhecidos ou pessoas que lhes contou, familiares e experiência própria** constam respectivamente a seguir os fragmentos de discursos que a exemplificam:

Por conhecidos ou pessoas que lhe contou sobre o assunto

Deixa eu ver se vou saber explicar... Não, assim... A pessoa alimentava bem, mas quando era hora de ir no banheiro, sentia vontade, mas não conseguia. 65042.

A pessoa fica nervosa né, fica porque as "vez" tá com, com a barriga doendo né? 65090

Por familiares

Constipação é a pessoa que fica dias, minha filha mesmo ela é médica. E ela fica uma semana inteira sem ir no banheiro. 65025

Tem, na família! (constipação intestinal)É. Eu, graças a Deus não, sabe? E... Mas eu tinha uma filha que acontecia isso, tinha que tomar remédio, sabe? E meu pai, sabe? É... Pessoas da família. 65042

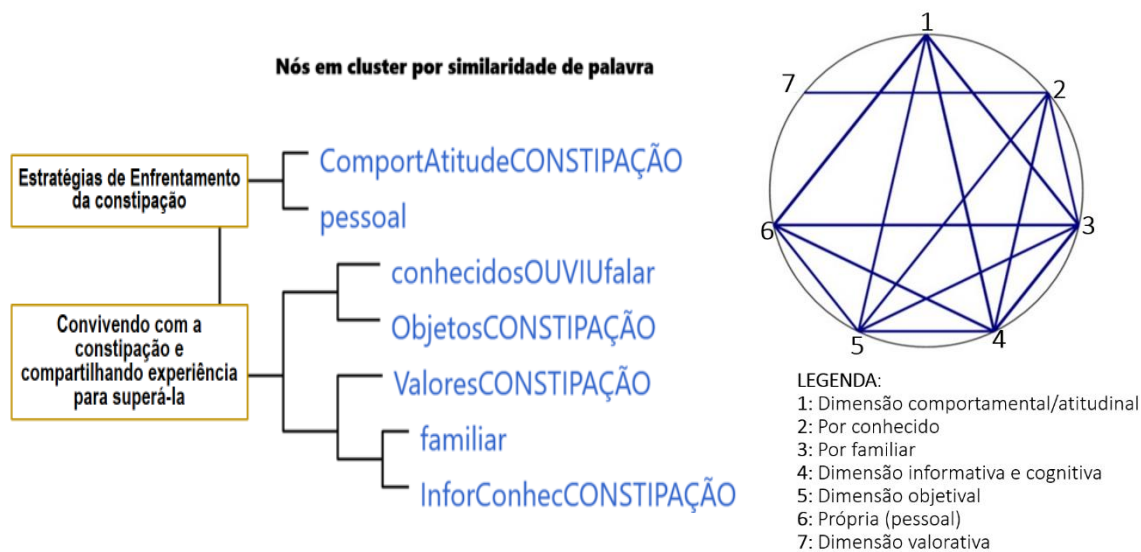
Experiência própria

Ih, eu passo dois, três dias sem fazer cocô. Quando eu vou fazer, faz assim um cocô duro. Aí eu tomei o remédio esses dias e melhorei. 65065

Os participantes possuem conhecimento sobre a constipação intestinal, sinais e sintomas por ouvir terceiros, familiares comentarem ou pela experiência própria, sendo capazes de dizer detalhes sobre as manifestações da doença.

Pelo processo de unitarização dos conteúdos sobre as dimensões e a origem das representações simbólicas, foi possível identificar duas categorias que retratam como os participantes concebem a constipação intestinal, a saber: 1) Estratégias de enfrentamento da Constipação e 2) Convivendo com a constipação e compartilhando experiências para superá-la.

Figura 22: Representação por dendograma e gráfico de círculo sobre as categorias que retratam como os participantes concebem a constipação intestinal. (n=50), Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivo Pro11®

Na categoria “**Estratégias de Enfrentamento da constipação**”, foi possível selecionar fragmentos de discursos que exemplificam como os participantes construíram o processo de enfrentamento a partir de experiências próprias:

Comportamento e atitude

Quando dá aquela ansiedade de sair... [...] Não consigo, mas, chega lá, ele tá preso. Demora, mas sai. [...] Não sei por que acontece isso. [...] Ah! Fico uns quatro dias. Quatro, cinco dias. [...] Eu não sinto nada. Só na hora de fazer o cocô que... Ele sai duro. Impressionante!! A dor é aquela dor é aquela dor pra soltar mesmo. Mas ele não solta direito. 65073

Não, porque eu tomo remédio pra...pra amolecer. [...] Abaixa no vaso não sai, tem que tá fazendo força, né? [...] Eu é muito difícil acontecer isso, porque eu controlo as coisas que eu como, já pra isso mesmo. Que é, é, duro você ficar lá sentado pelejando e não sair, né? 65119

Eu tenho dificuldade de vez em quando. (evacuar) [...] Ai eu fico no banheiro até fazer, né? [...] É! De manhã. 65136

Nos fragmentos de discursos presentes nessa categoria, verifica-se a percepção marcante dos participantes sobre os desconfortos decorrentes da constipação; a informação sobre o que é necessário para melhorar a consistência das fezes e diminuir os sintomas da constipação, com base na mudança de hábitos alimentares, privacidade e conforto ao evacuar. E o fato de os participantes criarem estratégia para lidar com a constipação demonstra que se trata de uma situação cronicada, para a qual eles não buscam alternativas capazes de alterar a características das fezes.

Na categoria “**Convivendo com a constipação e compartilhando experiência para superá-la**”, foi possível selecionar fragmentos de discursos que demonstram como as

experiências alheias, ou os fatos compartilhados por outrem são capazes de contribuir para a formação de valores e estes foram objetivados, conforme consta, a seguir:

Dimensão informativa/cognitiva

Quer aliviar daquela dor... [...] Então fica lá fazendo força lá, pra ver se sai, né. 65090
Um médico famoso [...], eu fui consultar com ele, ele falou: nunca deixe dona Deltrana de usar, de comer caldo de é..feijão. é a “milhor” coisa pra fazer o intestino funcionar que aí a senhora fica “prevenino” contra o câncer. **65025**

É...tem vez que ela até “ranca” a roupa tudo dentro do banheiro que ela começa a suar, suar e é um sacrifício pra soltar as fezes. 65132

Ou às vezes deve ser algum problema, né, que a pessoa tem. Ou às vezes dependendo alguma comida que come, alguma coisa que come, às vezes a pessoa num...aquilo não consegue digerir direito né. Aí eu acho que isso é uma das primeira coisa. 65522

Eu conheço. Meu marido, ele tinha o intestino osso duro. [...] Ele demorava dois, três dias pra fazer cocô. Mas quando ele tava doente. [...] ele fazia muita força, né, pra evacuar. [...] Ah, ele tinha “pobrema”, né, nas pernas, num andava mais. Ficou mais de dez anos assim. Tinha que andar de cadeira pra baixo e pra cima. 65149

Não, diz que tem gente que num faz, incha a barriga e não consegue e num sai de jeito nenhum lá. Fica aquilo ali. [...] Aí, Dá o que, dá o que lá. Quando coisa que num sai, que que vira dentro da fezes. Deve surgir algum bichinho, alguma coisa que morde, né? [...] Deve morder, e fere e fica ferida e depois num sara no caso...é, na minha filha também do rio, ela falou que apodrece, fica preto e da uns bichinho. E aqueles bichinho morde no ânus. Aí vira aquela doença. 65167

Não é que...a pessoa não conseguia evacuar e até que apareceu uma pessoa enfermeira, uma coisa assim, acostumada a lidar com isso que auxiliou ele foi mexendo, mexendo, mexendo e ele evacuou. Isso, tem muito tempo. 65163

Ah, intestino preso tem. Minha mulher ela tem um pouco, minha irmã tem intestino preso. [...] É, tem...pouca coisa mais tem né. Não passa mal, graças a Deus. [...] Mas a minha irmã já é mais. [...] Não, a minha sente...fica preso o intestino. Precisa tá comendo essa, mamão essas coisa pra.... 65155

Objeto

Ah, a pessoa fica nervosa, né? Fica porque, às “vez”, tá com, com a barriga doendo né? 65090

Meu esposo (tem constipação). 65142

Tem. Eu, irmão, minha neta. Diz que passa semanas sem ir no banheiro. [...] Fala só que dá um mal-estar, num da vontade de ir... 65147

Eu acho que é, às vezes, até da própria alimentação. Às vezes, alguma coisa que a gente come, né? Que prende e prejudica, né? 65201

Até fiz colos...é...colocos... não. Colonoscopia! Mês passado que eu fiz, porque eu tô com ele, uma também que um câncer de, de intestino e tudo devido assim a prisão de ventre ficou uns quatro dia, deu uma dor muito forte mas era o ... o tumor que tava prendendo, entendeu? 65144

Valorativo

Ah, é aquela dor horrível. Eu já fui operado de hemorroida, né? 65073

lh tem, isso aí eu conheço. Tem a minha irmã que é muito difícil. 65111

Pra mim fazer uma coisinha de nada é maior sacrifício [...] Dificuldade pra poder fazer. 65119

Ah...é ruim, né. 65198

Mas com meu cunhado era uma tristeza. Ele chegou ao ponto de até ter que operar de hemorroida de tanta força que fazia. 65199

Essa tal de activia que as pessoas compra, que fala que é uma bênção, pra mim num valeu. Eu usei um tempão, num resolveu. Vou ficar gastando dinheiro com aquilo? É caro pra caramba. E eu, meu dinheiro é pouco pra me sustentar uma coisa daquela que num tá me resolvendo. Aí eu parei, só tomo danone normal. 65202

O cocô tem vez que tá duro...aquela “prasta”. A minha filha fala comigo “Oh pai... o senhor é que entope o vaso.” Eu falo “não minha filha”. Às vezes eu fico três, quatro dias sem defecar. 65073

Às vezes a gente vê alguém assim comentar que tem o intestino preso. Eu pelo menos, graças a Deus, o meu assim...funciona por enquanto normal. 65522

Nessa categoria, percebe-se que a constipação é apresentada como um fato comentado pelas pessoas, por elas considerarem algo comum na vida e presente em seus quotidianos. Os participantes souberam descrever como as pessoas de seu convívio se sentem ao não conseguirem evacuar. A forma e o ato de comentar com frequência sobre a constipação diferem de como isso ocorre no caso de IA, que é considerada um assunto pouco comentado e que causa aversão nas pessoas.

Ao analisar os cognemas, informações e conteúdos obtidos nas abordagens estrutural e processual e na escala de Bristol, percebe-se que os participantes possuem conhecimento, informação e vivência própria, advindas de conversa com terceiros, por compartilhamento de experiências relacionadas à constipação na perspectiva de fatores desencadeadores, sinais e sintomas que contribuem para a constipação intestinal.

Trata-se, portanto, de um assunto integrado ao cotidiano dos participantes, e eles conseguem identificar o impacto da constipação intestinal na qualidade de vida das pessoas que são afetadas por essa condição de eliminação intestinal. Essa condição é retratada pelos cognemas “horrrível, difícil, ruim”, alocados no possível núcleo central; pelo cognema “problema”, alocado na área de contraste e pelo cognema “mal-estar”, presente na segunda periferia e corroborada pelos fragmentos de discurso que constam a seguir:

Ah, é aquela dor horrrível. Eu já fui operado de hemorroida, né? 6073
fica sentindo mal-estar e... 65082
Ah...é ruim, né. 65198

Em uma investigação realizada na Austrália, que teve como um dos principais objetivos identificar a qualidade de vida das mulheres com constipação intestinal durante um período de 20 anos, foi possível constatar que as mulheres que apresentavam constipação intestinal persistente ou transitória tiveram uma baixa qualidade de vida e saúde mental quando comparadas àquelas que não foram diagnosticadas como tal comorbidade¹⁵⁷.

Outro achado na mesma investigação internacional se refere à mortalidade de mulheres segundo a presença ou não de constipação intestinal. As mulheres que apresentavam constipação persistente tiveram maior taxa de mortalidade quando analisadas comparativamente com aquelas que não tinham constipação (*Odds Ratio*= 1,41 e *p*-valor = 0,01)¹⁵⁷.

A constipação intestinal, enquanto uma alteração no padrão de eliminação intestinal, tem sido avaliada segundo sua prevalência nos últimos anos como um problema de saúde pública, com valores que variam de acordo com os parâmetros que são utilizados para a definição da

constipação intestinal. A limitação de estudos abordando a questão da constipação intestinal na população sem a realização de recortes de subgrupos vulneráveis justifica se encontrar na literatura investigações abordando mulheres, pessoas idosas ou adolescentes de forma separada⁶⁹.

Cabe acrescentar que a constipação intestinal pode ser considerada uma situação com cofatores que necessitam ser abordados de forma inter-relacionados a hábitos de vida (fatores alimentares, de hidratação e realização de atividades físicas), além de estarem vinculados as alterações na musculatura do assoalho pélvico (processo de envelhecimento, disfunções endócrinas e metabólicas) doenças (distúrbios psiquiátricos, de causas idiopáticas), farmacológicas (uso de medicamentos) e perfil socioeconômico (nível socioeconômico), caracterizando uma situação cuja abordagem terapêutica requer interações transversais para a idade e o gênero, uma vez que ela se mostra mais incidente entre mulheres e pessoas idosas⁶⁹.

Para exemplificar tais fatores intervenientes foi identificado entre as pessoas idosas que elas reconhecem como uma das causas da constipação a “alimentação-inadequada”. Tal fato foi constatado por elas terem citado a experiência com o uso de alimentos que possuem fibras em sua constituição, a exemplo dos legumes, frutas e verduras¹⁴³.

Em relação à alimentação, o processo evolutivo da sociedade característico da globalização e urbanização proporcionou mudanças nos hábitos e costumes vivenciados na atualidade. Isso determina e condiciona o estilo de vida e hábitos alimentares a ponto de interferir no funcionamento intestinal¹⁵⁸.

O uso de alimentos industrializados e processados pode causar disfunções fisiológicas ao corpo humano, uma vez que estes possuem altas concentrações de aditivos químicos necessários à conservação dos mesmos, além de conterem aditivos tóxicos ao organismo. São o tributo pago em detrimento da busca pelo conforto e praticidade de preparo/consumo de refeições.¹⁵⁸

A alimentação equilibrada em fibras auxilia na prevenção e redução da constipação intestinal e de outras doenças intestinais, como a hemorroida, a hérnia hiatal, a doença diverticular e o câncer de cólon, além de contribuir para a diminuição da obesidade e dos riscos referentes às doenças cardiovasculares e diabetes¹⁴³.

As fibras podem ser classificadas em solúveis e insolúveis. As solúveis auxiliam na consistência das fezes, tornando-as macias, e as insolúveis contribuem para a formação do volume do bolo fecal, sendo recomendado o consumo de 25 a 30g/dia¹⁴³. Além das verduras e legumes, que são ricos em fibras, deve-se fazer a opção também por alimentos menos processados, como o arroz integral e a farinha de trigo integral¹⁴³.

Os laticínios também auxiliam na consistência das fezes, uma vez que possuem agentes probióticos que ajudam na integridade e na composição da microbiota intestinal. Vale ressaltar que a microbiota intestinal exerce influência sobre o sistema nervoso central, controlando a ingestão de alimentos e a liberação de hormônios. Outro fator interveniente é a intolerância à lactose que pode motivar episódios de diarreia, acúmulo de gases e desconforto abdominal¹⁵⁹.

Os participantes mencionaram a necessidade de “saber-o-motivo” (cognema alocado na segunda periferia) da constipação intestinal. Outros fatores intervenientes na constipação intestinal e que precisam ser conhecidos pelas pessoas são: o desequilíbrio no tripé composto por consumo de fibras, hidratação e atividade física; o padrão de eliminação normal; a alimentação inadequada abordada anteriormente e as comorbidades e os medicamentos relacionados que estão discutidos a seguir.

Há morbidades que impactam o funcionamento intestinal e, ao analisá-las à luz dos resultados obtidos na presente investigação foi possível identificar aquelas capazes de influenciar o padrão de funcionamento intestinal dos participantes, a ponto de alterá-lo: hipotireoidismo (hipofunção da tireoide), hipercalcemia, diabetes mellitus (causa neuropatia intestinal e presente em 24,7% dos participantes da presente investigação), uremia, intoxicação por metais pesados, esclerose múltipla, transtorno de ansiedade, depressão (problemas relacionados à disfunção de neurotransmissores e 5,9% dos participantes da presente investigação apresentam doenças psiquiátricas), Parkinson (disfunções de vias dopaminérgicas)¹⁶⁰, doença de chagas, doenças cerebrovasculares (60,8% dos participantes são hipertensos fato que consiste em risco para Acidente Vascular Encefálico e 14,5% relataram doença cardiovascular) e tumores e traumas medulares (lesões no sistema nervoso central)^{73; 161}.

Há também os medicamentos que interferem/dificultam o funcionamento intestinal, como anti-hipertensivos, diuréticos, anticonvulsivantes, laxantes, analgésicos, anti-histamínicos, antidepressivos, compostos de ferro, anti-inflamatórios e medicamentos para tratamento de Parkinson^{160; 162}.

Uma investigação realizada com pessoas idosas que faziam uso de medicamentos como analgésicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, opioides, sedativos, suplementos de ferro e de cálcio apresentou uma proporção maior de ausência de evacuações diárias quando comparada aos participantes que não faziam uso desses medicamentos¹⁶².

De acordo com os achados da presente investigação, 3,8% dos participantes referiram fazer uso de analgésicos e/ou corticoide, 11,3% fazem uso de medicamentos para dormir, e 10,8% usam algum tipo de calmante. Esses achados mostram que poucas pessoas idosas fazem uso daqueles medicamentos capazes de interferir sobre a função intestinal, porém apresentam

prevalências de doenças que justificam a ocorrência de alterações no funcionamento do intestino¹⁶².

Ao analisar comparativamente a evocação do cognema “dor” alocado no QID do quadro de quatro casas com sua menção na abordagem processual, foi possível perceber que, durante as entrevistas os participantes tiveram a oportunidade de expressar a sensação de desconforto ao evacuar, como uma experiência presente na ocasião em que suas fezes se encontram ressecadas. Esses resultados foram obtidos segundo a técnica de coleta de dados (estrutural e processual) atribuída à qualidade da interação estabelecida entre os participantes e a entrevistadora e a oportunidade de eles narrarem sensações e experiências próprias e de terceiros de que tiveram conhecimento.

A reunião do padrão de eliminação intestinal dos participantes e sua análise à luz da triangulação dos conteúdos obtidos (abordagens estrutural, processual e escala de Bristol) propiciou reflexões sobre qual seria a inserção do enfermeiro no planejamento do cuidado de grupos de pessoas idosas no contexto da atenção primária à saúde. Tal cuidado deve focar a perspectiva de favorecimento dos mesmos no engajamento de hábitos e estilo de vida saudáveis para consolidação da saúde intestinal.

Ao analisar os hábitos intestinais das 186 pessoas idosas participantes foi possível identificar como alterações a ocorrência de constipação e da incontinência anal como fatores capazes de impactar sobre o processo do envelhecimento ativo e bem sucedido, sendo essa situação passível de ser abordada no nível de atenção primária à saúde e de pertinência da atuação do enfermeiro, na medida em que remete à uma resposta humana do padrão de eliminação intestinal.

6.4 DO FUNCIONAMENTO NORMAL DAS ELIMINAÇÕES URINÁRIAS AOS MARCADORES DE ALTERAÇÕES

Assim como o padrão de eliminações intestinais, o padrão de eliminações urinárias também passa por alterações ao longo do processo de envelhecimento e ocorre de forma distinta entre as pessoas idosas, que podem apresentar alterações ou não nas funções urinárias com o aumento da idade.

Para identificar quais foram os participantes que possuem coloração urinária compatível com o padrão de hidratação, sugerindo hidratação adequada ou um déficit, foi utilizada a escala de coloração da urina como parâmetro avaliativo.

Tabela 4: Caracterização da cor da urina dos participantes (n=186). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

Parâmetros	N	%
Tipo 1: Extremamente clara	22	11,8
Tipo 2: Muito clara	66	35,5
Tipo 3: Clara	44	23,7
Tipo 4: Intermediário clara	27	14,5
Tipo 5: Intermediário escura	16	8,6
Tipo 6: Escura	9	4,8
Tipo 7: Muito escura	2	1,1
Tipo 8: Extremamente escura	-	-
Total	186	100

Fonte: As autoras

Os participantes da presente investigação apresentaram parâmetros sugestivos de hidratação, 71% deles relataram urina de coloração clara do tipo 1, tipo 2 e tipo 3 e 1,1% apresentaram urina escura, sugestivo de uma possível desidratação, embora este seja um parâmetro que necessita ser avaliado juntamente com outras variáveis.

Isso porque a coloração da urina pode ser alterada não somente pela desidratação, mas também pela ingestão de suplementos vitamínicos, de certos tipos de alimentos com corantes e o aparecimento de algumas doenças, a exemplo da hepatite B¹⁶³.

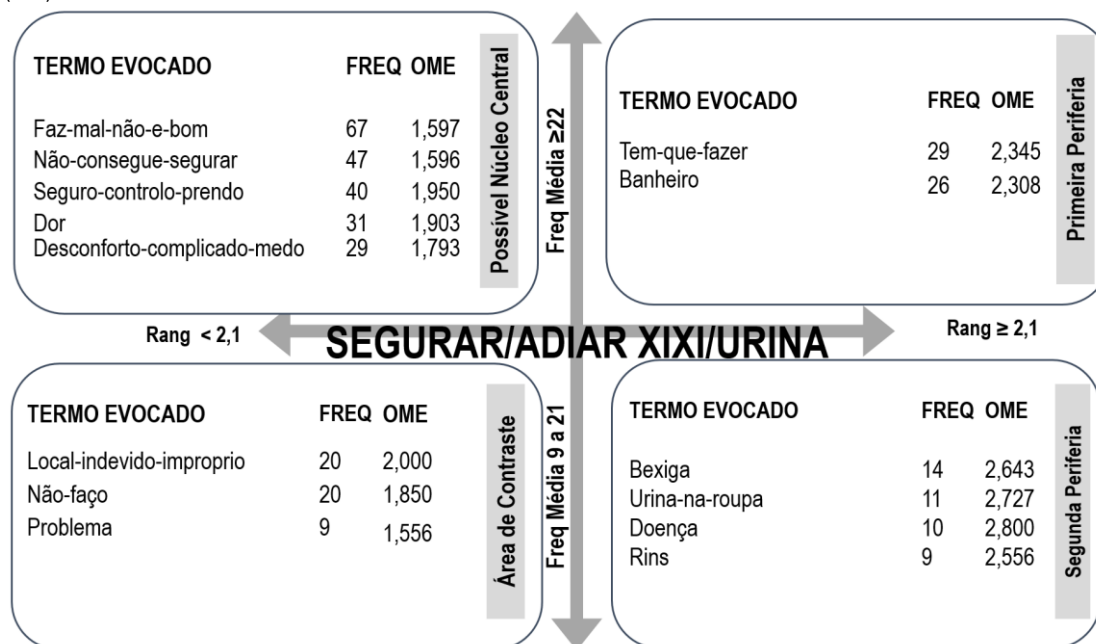
A desidratação é um evento frequente entre pessoas idosas em decorrência da baixa ingestão hídrica aliada a fatores fisiológicos, tais como o aumento da perda de fluidos, a redução na filtração glomerular e na sensação de sede. Um dos fatores que podem contribuir ou justificar a baixa ingestão hídrica entre pessoas idosas pode ser o medo da intensificação da incontinência urinária em horários inadequados¹⁶³.

Além dos fatores mencionados anteriormente, há também os fatores fisiológicos, ambientais e farmacológicos que justificam a ocorrência de perdas insensíveis de fluidos corporais, a exemplo da ocorrência de febre, infecções, hiperglicemia ou uso de determinados medicamentos¹⁶⁴.

Para caracterizar o padrão de eliminações urinárias dos participantes, foi utilizada a Teoria das Representações Sociais na abordagem estrutural e/ou processual com vistas a captar as perspectivas coletivas do processo de eliminações urinárias na seguinte ordem de abordagem: continência urinária, incontinência urinária e retenção urinária, respectivamente.

A **continência urinária** está discutida segundo a abordagem estrutural das RSs e apreendida a partir do termo indutor “segurar/adiar xixi/urina”. Os resultados do quadro de quatro casa constam da **Figura 23**.

Figura 23: Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Segurar/adiar xixi/urina” (n= x). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa EVOC 2000.

Os 186 participantes evocaram as cinco primeiras palavras que vieram em sua mente ao ser mencionado o termo indutor “segurar/adiar xixi/urina”. As respostas dos participantes a partir do termo indutor possibilitaram apreender os conteúdos representacionais compartilhados por um grupo socialmente contextualizado sobre os hábitos culturais vinculados à eliminação urinária.

No QSE, tem-se os cognemas que possuem tendência de centralidade, constituindo o possível núcleo central referente a segurar/adiar xixi/urina. Foram cognemas que apresentaram alta frequência e que foram mencionados prontamente, a saber: “desconforto, complicado e medo”, referindo a dimensão valorativa e de sentimentos; “dor”, relacionado à retratação imagética; “faz mal, não é bom” e “não consegue segurar” são cognemas de conotação informativa ou cognitiva e “seguro-controlo-prendo” refere-se ao comportamento/atitude da pessoa idosa frente à situação de adiar o ato miccional.

Percebe-se por meio dos cognemas evocados pelos participantes que o adiamento do ato miccional consiste em uma situação desagradável na medida em que ela pode desencadear medo, remeter a uma possível complicação orgânica ou estar ligada à presença de dor. Essas representações podem estar vinculadas à capacidade do indivíduo de conseguir ou não conter o desejo de urinar, fazendo com que o ato fisiológico ocorra em tempo e local socialmente adequados. O hábito de adiar a micção intencionalmente pode advir de experiências prévias em que o participante não conseguiu atender ao reflexo de micção de imediato, resultando ou coincidindo com a ocorrência posterior de alguma alteração no organismo.

No QIE, zona de contraste, estão os cognemas prontamente evocados, porém que obtiveram menor frequência e que retratam a condição ou o pensamento de um subgrupo. O cognema relacionado à retratação imagética foi “problema”; o referente à dimensão informativa ou cognitiva foi “local indevido, impróprio” e a dimensão comportamental ou atitudinal foi exemplificada pelo cognema “não faço” e na concepção de um ato desejável de reafirmar a normalidade orgânica.

No QSD, primeira periferia, estão os cognemas que foram evocados frequentemente porém rememorados nas últimas posições. O cognema “banheiro” evidencia a imagem de um local adequado socialmente para atender às necessidades fisiológicas da micção e a dimensão informativa foi abordada pelo cognema “tem que fazer”, dando a ideia de que a micção é uma necessidade fisiológica que não deve ser adiada.

No QID ou segunda periferia, estão alocados conteúdos imagéticos, a exemplo de “bexiga”, “doença”, “rins” e “urina na roupa”. Foram evocados somente cognemas que retratam a dimensão imagética exemplificados pelos órgãos responsáveis na formação de urina ou armazenamento da mesma; a marca da incontinência simbolizada pelas consequências de segurar/adiar a urina ao mencionarem o cognema “urina na roupa” e, as implicações e consequências do hábito de adiar a micção retratada pelas “doenças”.

A partir do quadro de quatro casas, foi possível apreender os conteúdos representacionais compartilhados por idosos moradores de uma área adstrita a uma UBS. Eles possuem a informação de que segurar a urina por muito tempo, ou seja, a estase urinária intencional causa comprometimentos à saúde, além de ser uma fato desconfortável e que proporciona dor e medo.

Considerando que a bexiga tem como função o armazenamento periódico da urina, é possível deduzir que, no momento em que ela se encontra cheia, haverá uma distensão da musculatura lisa que reveste sua parede. Isso favorece o surgimento da sensação de desconforto e desencadeia o reflexo de micção imediato e contínuo interpretado pelo indivíduo por meio do desejo de urinar¹⁶⁴.

O fluxo urinário auxilia na eliminação de microrganismos que possivelmente possam estar localizados no canal da uretra e na própria urina. Quando o indivíduo apresenta hábitos inadequados de micção, a exemplo de segurar a urina, a estase urinária favorece o desenvolvimento e crescimento bacteriano e a decomposição da amônia. E, quanto mais tempo for adiada a micção, mais intenso esse processo se tornará, podendo, em algumas ocasiões, lesionar a parede vesical^{165; 166}.

Desta forma, a estase urinária é um fator predisponente para a infecção do trato urinário em pessoas idosas, sendo recomendado que as mesmas desenvolvam o hábito de urinar a cada duas ou três horas durante o dia e que o façam antes de se deitarem^{165; 166}.

Outra alteração citada foi sobre o controle do esfíncter urinário. No núcleo central, apareceram tanto os participantes que apresentam incontinência urinária quanto aqueles que referiram ter o esfíncter urinário preservado. Tal fato foi corroborado pelo número de participantes que, pelo levantamento realizado no estudo seccional, afirmaram ter algum tipo de incontinência urinária (46,8%), cujo conteúdo será alvo da abordagem no próximo tópico.

Os cognemas “banheiro” (alocado no QSD) e “local-indevido-impróprio” (alocado QIE) retratam conteúdos moldados por um papel civilizador que gerou nos hábitos fisiológicos ajustamento e enquadramento espacial do corpo e da casa para o que passou a ser considerado socialmente aceitável¹⁶⁷.

Do ponto de vista social, o reflexo de micção foi considerado inadequado ou inoportuno em determinados momentos. Tal fato justifica a concepção grupal de a vontade de urinar ou evacuar fora do ambiente habitual ser considerado socialmente um momento inoportuno ou ocorrer em um lugar desfavorável para sua realização em concordância com o que se espera que ocorra em uma população civilizada. Por isso, quando um indivíduo tem a necessidade de urinar, ele deve se direcionar a um local socialmente prescrito, convencionado, reservado e com pouco movimento para que o atendimento das necessidades fisiológicas não seja visto e nem ouvido¹⁶⁷.

O banheiro, por muito tempo, simbolizou um local de menosprezo e foi tratado na concepção de repúdio. Por isso ele se localizava no lado externo das casas, nos fundos e onde não se encontravam acessórios presentes no interior da casa como água corrente, aquecimento, iluminação, entre outros¹⁶⁶. Foi somente no início do século XX que o banheiro passou a receber uma nova configuração, tornando-se um cômodo inserido no interior do domicílio¹⁶⁸.

O manuseio dos dejetos oriundos do homem, a exemplo da urina, fezes e escarro, por muito tempo, foram realizados pelos escravos e simbolizavam uma tarefa de menos valia. Fato semelhante ocorria nas senzalas, que eram cômodos grandes, sem divisórias, destinados à acomodação dos escravos que tinham nesse ambiente um único cômodo para dormirem, se alimentarem e fazerem suas necessidades fisiológicas quando eram confinados ao ambiente. O ambiente propiciava o aparecimento e a convivência dos escravos com insetos e ratos que eram atraídos pela situação precária de higiene do local, retratando a contradição da força de trabalho com as condições disponibilizadas para seu refazimento¹⁶⁹.

Os resultados da presente investigação possibilitaram identificar alterações no padrão de micção dos participantes e identificar sua repercussão sobre o funcionamento urinário normal das pessoas idosas.

A fim de identificar essas alterações, os participantes responderam questões que remetem à perda da continência urinária e, quando apresentaram essa alteração, foi possível captar como isso ocorria e se eles chegaram a comentar esse evento com profissionais de saúde (**Tabela 5**).

Tabela 5: Caracterização dos 186 participantes segundo tipos de incontinência urinária e compartilhamento do fato com profissional de saúde. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

Perda urinária		Compartilhamento da perda urinária			
Perde Urina	N	%	Contou a algum profissional de saúde sobre a perda de urina	N	%
Sim	87	46,8	Sim	32	17,2
Não	97	52,2	Não	55	29,6
Não responderam	2	1,1	Não perdem urina	99	53,2
Total	186	100	Total	186	100
Tipo de IU segundo ICS		Tipo de IU segundo NANDA I			
Noctúria		IU Funcional			
Sim	41	47,1	Sim	44	50,6
Não	78	52,9	Não	43	49,4
Total	87	100	Total	87	100
Enurese		Incontinência Urinária de Reflexa			
Sim	9	10,3	Sim	19	21,8
Não	78	89,7	Não	68	78,2
Total	87	100	Total	87	100
IU Pós-Miccional		IU de Transbordamento			
Sim	18	20,7	Sim	34	39,1
Não	69	79,3	Não	53	60,9
Total	87	100	Total	87	100
Tipo de IU segundo ICS		Tipo de IU segundo NANDA I			
IU Postural					
Sim	7	8			
Não	80	92			
Total	87	100			
IU Total					
Sim	2	2,3			
Não	85	97,7			
Total	87	100			
Tipo de IU segundo ICS e da NANDA I					
IU de Esforço		IU de Urgência			
Sim	47	54	Sim	40	46
Não	40	46	Não	47	54
Total	87	100	Total	87	100
IU Mista					
Sim	29	33,3			
Não	58	66,7			
Total	87	100			

Fonte: Elaborada pelas autoras

Após constatar a perda de urina entre os participantes e investigar a forma como perdiam urina, foi possível identificar o tipo de incontinência que estava relacionado a cada caso.

Para os participantes que foi identificado ocorrência de pelo menos um tipo de incontinência urinária, foi aplicada a escala ICIQ-SF para aferir o impacto da incontinência sobre a qualidade de vida das pessoas idosas.

Tabela 6: Escala ICIQ-SF segundo domínio e escore total. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

Domínios		N	%				$\mu \pm dP$ (min-max)
D1: Frequência da perda urinária	Nunca	2	2,3				
	Uma vez por semana ou menos	34	39,1				
	Duas a três vezes por semana	12	13,8				
	Uma vez ao dia	25	28,7				
	Diversas vezes ao dia	12	13,8				
Subtotal	O tempo todo	2	2,3				
		87	100				
D2: Quantidade de perda urinária	Nenhuma	4	4,6				
	Uma pequena quantidade	57	65,5				
	Uma moderada quantidade	13	14,9				
	Uma grande quantidade	13	14,9				
Subtotal		87	100				
D3: Quanto que perder urina interfere na sua vida diária	0	25	28,7				
	1	3	3,4				
	2	7	8				
	3	6	6,9				
	4	4	4,6				
	5	12	13,8				
	6	5	5,7				
	7	2	2,3				
	8	5	5,7				
	9	3	3,4				
	10	15	17,2				
Total		87	100				
Escore Total da escala ICIQ-SF (Total D1+D2+D3)	0I---5	12	13,7				
	5I---10	34	39,1				
	10I----15	22	25,2				
	15I---120	19	21,8				
Total		87	100				
Situações de perda de urinária	Nunca	2	2,3				
	Antes de chegar ao banheiro	52	59,8				
	Quando tosse ou espirra	49	56,3				
	Quando está dormindo	14	16,1				
	Durante a atividade física	1	1,1				
	Ao vestir-se após urinar	11	12,6				
	Sem razão óbvia	4	4,6				
	O tempo todo	1	1,1				
				Interpretação			
				Impacto	N	%	
				Ausente	25	28,7	
				Leve	16	18,3	
				Moderado	21	24,1	4,27 ± 3,726 (0-10)
				Grave	10	11,4	
				Muito grave	15	17,2	
							9,87±4,700 (0-20)

Fonte: Elaborada pelas autoras

A escala seguinte, KHQ foi aplicada a 68 mulheres das 124 participantes da presente investigação, entre as quais foi identificada a ocorrência de pelo menos um tipo de incontinência urinária com vistas a avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e o fator gerador ou motivador da alteração, cujos resultados constam da **Tabela 7**.

Tabela 7: Escala KHQ segundo domínio e medidas de tendência central e de dispersão. Juiz de Fora, (MG), Maio/2018.

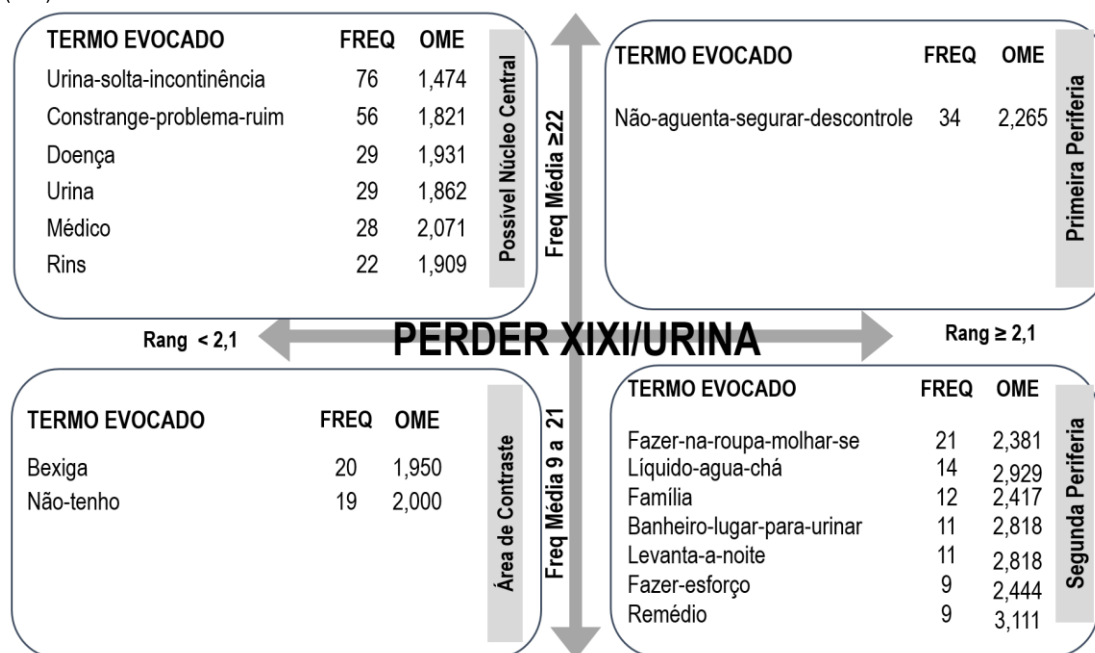
Escore	KHQ: Domínios																			
	percepção geral de saúde		impacto da incontinência urinária		limitações de atividades diárias		limitações físicas		limitações sociais		relacionament o pessoal		emoções		Sono disposição		medidas de gravidade da IU			
	1		2		3		4		5		6		7		8		9			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
01---25	10	14,7	35	51,5	48	70,6	51	75	53	77,9	45	66,2	51	74,9	49	72,1	20	29,5		
25 ---50	21	30,9	14	20,6	5	7,4	4	5,9	4	5,9	22	32,4	9	13,2	8	11,8	29	42,7		
50 ---75	32	47,1	10	14,7	12	17,6	8	11,8	4	5,9	1	1,5	3	4,4	9	13,3	14	20,6		
75 ---1100	5	7,4	9	13,2	3	4,4	5	7,3	7	10,2	-	-	4	7,4	2	3	5	7,3		
Total	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100		
Média	37,13		29,89		18,13		15,92		22,37		12,74		16,82		17,88		37,94			
Mediana	50,00		0,00		0,00		0,00		11,11		0,00		0,00		8,33		36,67			
Modo	50		0		0		0		11		0		0		0		40			
DP*	21,808		36,477		26,815		27,980		25,644		16,814		28,114		23,954		22,755			
Valor min	0		0		0		0		0		0		0		0		0			
Valor max	100		100		100		100		100		67		100		100		87			
Domínio 10: Sintomas Urinários																				
Sintomas Urinários	Frequência		Noctúria		Urgência		Urgeinconti-nência		IU Esforço		Enurese		Relação sexual		Infecções urinárias recorrentes		Dor bexiga		Dificuldade para urinar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausência sintomas	37	54,4	38	55,9	23	33,8	28	41,2	24	35,3	56	82,4	67	98,5	62	91,2	61	89,7	64	94,1
Um pouco	12	17,6	10	14,7	13	19,1	11	16,2	13	19,1	9	13,2	1	1,5	6	8,8	4	5,9	3	4,4
Moderadamente	8	11,8	10	14,7	14	20,6	13	19,1	13	19,1	2	2,9	-	-	-	-	1	1,5	1	1,5
Muito	11	16,2	10	14,7	18	26,5	16	23,5	18	26,5	1	1,5	-	-	-	-	2	2,9	-	-
Total	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100	68	100

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Após a apreciação da dimensão individual das incontinências urinárias, a presente investigação buscou identificar a dimensão social por meio da abordagem estrutural das representações sociais seguida da abordagem processual a fim de que a triangulação de técnicas possibilitasse a corroboração dos resultados à captação das respostas humanas do grupo investigado.

Na **Figura 24**, consta o quadro de quatro casas obtido a partir do uso do termo indutor “perder xixi/urina”.

Figura 24: Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Perder xixi/urina” (n= 186). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa EVOC 2000.

Os participantes evocaram as cinco primeiras palavras que vieram em sua mente induzidas pelo termo indutor “perder xixi/urina” cujos conteúdos mencionados possibilitaram captar as representações dos hábitos culturais relacionados à incontinência urinária do referido grupo.

No possível núcleo central, situado no QSE, foram alocados os seguintes cognemas e as respectivas dimensões representacionais: “urina-solta-incontinência” (imagética), “constrange-problema-ruim” (valorativa), “doença” (imagética), “urina” (imagética), “médico” (imagética) e “rins” (imagética). Esses cognemas consensualizados entre os participantes possuem alta frequência e baixo *rang* e definem as representações sociais do grupo investigado.

Percebe-se que os participantes possuem conhecimento sobre a incontinência urinária, caracterizando-a como uma alteração existente no organismo que vinculam a “rins”, “doença” e o “médico”. Foi possível identificar como elementos simbólicos e ilustrativos de sua ocorrência a

“urina-solta-incontinência” e “urina”, que foram mencionados num caráter negativo por se tratar de uma situação considerada “ruim”.

A aproximação desses cognemas com conteúdos advindos da abordagem processual possibilitou corroborá-los com os fragmentos de discursos dos participantes, conforme exemplificado a seguir:

*Já aconteceu comigo (perder urina), mas aí eu tô fazendo um tratamento com médico, né? Mas aí parou! Ele me deu um remédio. Aí pediu até que...pra eu fazer uns exames [...]. Aí ele passou um remédio pra mim e passou. [...] Ah! Era assim: me dava aquela vontade, eu num...pelejava pra prender, mas não conseguia. **65154***

*A gente fica assim “mei” é? [...] receio de... Outro dia, tava até conversando com a mulher. A patroa falou: “acho que isso não é normal não! Tem que falar com o médico”. “Mas que médico que eu vou?” **65155***

*Ah! Ela ficava nervosa, isso ela ficava. Ela ficava nervosa, aí ela começava a se desculpar.. Ah! Não deu tempo! Não deu tempo! Ela começava a se desculpar. Parecia que ela tinha culpa daquilo que tava acontecendo, né? **65091***

*Não dá tempo dela ir, ela levanta e já, ou fez no chão ou fez na cama. Aí quando começa assim, fica uns dias solta, depois rec...eu falo “minha filha bebe água, bebe água. Quanto mais você beber, o seu rim vai funcionar e vai dar mais espaço pra fazer xixi”. **65202***

Os cognemas “bexiga” e “não-tenho”, alocados no QIE (zona de contraste), refletem a preocupação (de caráter informativo/cognitivo) dos participantes ao mencionarem que o assunto em questão não acontece com eles. Esse quadrante está destinado a acomodar os cognemas com alta frequência e que não foram prontamente citados, retratando a percepção de um subgrupo dos participantes desta investigação para o ato de “perder xixi/urina”.

*Porque eu num tenho a urina solta não. Graças a Deus! Nossa!! Às vezes, eu viajo daqui em outra cidade longe sem fazer xixi. E tomando as coisas, e tomando líquido na viagem. Às vezes, a gente para uma vez. Se não parasse, eu não faria. Mas se para, eu vou e faço. [...] Então quer dizer, que e tenho controle, né? **65202***

*Ah! Dá aquela dor por dentro, na bexiga, né? E ela joga pra fora mesmo. **650073***

O cognema “não-aguenta-segurar-descontrole”, alocado no QSD (primeira periferia), descreve a perda do controle esfinteriano pelos participantes, uma vez que eles mencionaram se enquadrarem nessa situação, fato contrário do que foi identificado no QIE. O cognema “não-aguenta-segurar-descontrole” apresenta alta frequência e *rang*. Se este último for alterado para baixo *rang*, esse cognema passa a pertencer ao possível núcleo central da representação social sobre “perder xixi/urina”, o que equivale a dizer que, se o cognema desse quadrante for lembrado mais prontamente, ele poderia integrar o possível número central, ou seja, uma estrutura mais duradoura.

*Tenho horário que me dá vontade de fazer xixi, de urinar. Eu tenho que correr pro banheiro, porque senão sai caindo. [...] Na hora que dá vontade, tem que correr mesmo, porque senão sai pingando do quarto pro banheiro. [...] Aí, na hora que dá vontade? Você precisa de ver..., às vezes, eu estou nos fundos lá que dá vontade. Eu corro! **65001***

*E que eu tenho que correr dentro de casa, senão faço na roupa. **65098***

Os cognemas e as respectivas dimensões sociais, “fazer-na-roupa-molhar-se” (informativa/cognitiva), “líquido-água-chá” (imagética), “família” (imagética), “banheiro-lugar-para-urinar” (imagética), “levanta-noite” (comportamento/atitude), “fazer-esforço” (informativa/cognitiva) e “remédio” (imagética) constituem os conteúdos do QID, ou seja, da segunda periferia do quadro de quatro casas.

A perda da continência esfinteriana foi mencionada a partir de suas consequências físicas identificadas no ambiente e na vestimenta. Outro fator desencadeador mencionado foi a contribuição da ingestão de líquidos para justificar a perda da urina e a lembrança de familiares que identificam como tendo a incontinência para representarem e simbolizarem a presença da incontinência urinária. Como objeto o “banheiro” foi citado para retratar o lugar ideal/necessário de se urinar.

Houve a percepção da necessidade de alguma intervenção na abordagem da incontinência, sendo exemplificado o uso de medicamentos para auxiliar no controle do esfíncter. O medicamento também foi citado no contexto, como motivadores de IU, a exemplo do uso de diuréticos. Foram relatadas pelos participantes as ocasiões em que há perda da urina, a saber: quando realizam esforço (corroborado pela classificação segundo ICS e NANDA I) e à noite (corroborado pela ICS).

Mas é porque ele toma remédio. [...] Ele levanta umas três, quatro vezes de noite pra poder ir no banheiro. 65211

Oh, eu tinha a urina solta. Agora tomo uns remédio, aí melhorou. [...] Eu fazia toda hora, né? (urina) 65136

Urina, é, é, solta, às vezes, sem ver. Eu mesmo. Tenho problema de urina. Solta atoa. Só de tossir. Mas eu já operei pra chegar a bexiga no lugar e num adiantou. E ainda continua ainda. Eu urino na cama, tem que forrar a cama e tudo. Mas se...eu tenho um balde, põe o balde do lado da cama, porque, se eu for no banheiro, já num dá tempo. Sai logo. 65148

Quando eu tô, quando eu tomo muita água de noite, mas é ... tomando pouca água num, num tem nada, num tem.. é normal. [...] Ah! Ai eu mijo na roupa, né? 65198

Quando eu tomo esse remédio aí eu faço muito xixi. [...] Eu tomo remédio e toda hora eu vou no banheiro. 65098

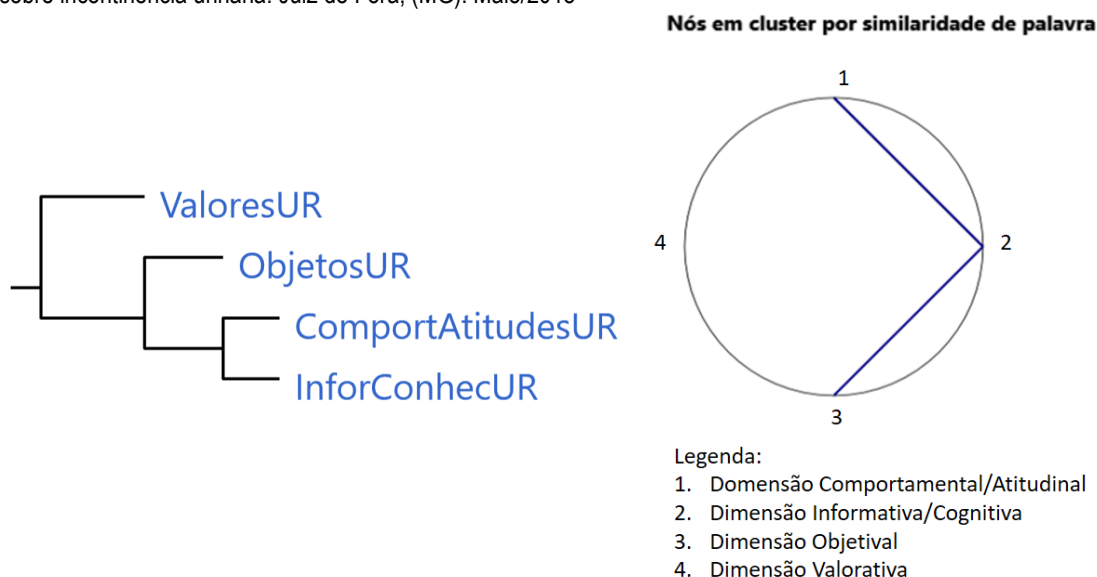
A minha mãe tinha a urina solta. 65149

Consigno sim. Ah! Eu vou e chego no banheiro correndo, mas chego. 65038

Menina teve um dia que eu num aguentei! Achei, achei um portão aberto assim mais ou menos e eu entrei lá, fiz meu serviço e saí fora. E eu tenho muito isso. [...] Não é sempre assim, agora não que eu focalizo, entendeu? Então quando eu tô nessa situação de perder xixi, por exemplo, se eu vou na igreja, aí eu, antes de começar o culto, eu já vou ao banheiro. 65075

Na abordagem processual das representações sociais, foram identificadas as dimensões representacionais: comportamental/atitude, informativa/cognitiva, valorativa e imagética sobre incontinência urinária a partir de fragmentos de discursos das 50 pessoas idosas, a saber: (Figura 25).

Figura 25: Dendograma e Gráfico de Círculo sobre dimensões representacionais elaboradas por pessoas idosas sobre incontinência urinária. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivoPro 11®

Para exemplificar tais dimensões, constam a seguir fragmentos de discursos dos 50 participantes.

Comportamental e atitudinal: *Aconteceu que eu tava urinando muito de noite, tinha que levantar uma porção de vezes pra ir no banheiro. Eu falei com o médico, o médico me deu um remédio eu comecei a urinar sentada, levantava tava tudo “moiado”* **65120**

Informativa e Cognitiva: *Já ouvi falar quando tem a bexiga “arriada” né, mas.... [...] Eles fala que é, é como que fala, é... pessoa não consegue controle pra segurar né.* **65147**

Valorativa: *Aí num segurei, saiu assim. Eu tô segurando pouco ultimamente.* **65199**

Imagética: *Tenho até colegas que usam até...é, absorvente porque sai assim sem ela sentir (urina).* **65144**

Na **dimensão informativa/cognitiva**, foram identificados os conteúdos que referem o conhecimento dos indivíduos sobre a incontinência urinária, esses conteúdos foram agrupados em três categorias: 1) Concepções da incontinência enquanto um problema de saúde não relatado pelas pessoas; 2) Informação de que a pessoa com IU não consegue segurar no tempo e local adequados; 3) Concepção de que a perda de urina é inerente ao avanço da idade e o conhecimento de medicamentos que aumentam o volume de urina;

Na categoria “Concepções da incontinência enquanto um problema de saúde não relatado pelas pessoas”, estão os conteúdos de discurso que remetem à incontinência urinária como um assunto que causa repulsa e omissão entre os indivíduos, seja durante as conversas do dia a dia, seja com um familiar e/ou profissional de saúde.

Ah, é a merma coisa a pessoa fica... fica acanhada porque ela vai ficar com a roupa molhada né. [...]E, a pessoa também se sente, e se sente um pouco revoltada também né, de tá daquele jeito né. **65090**

Ah ela... ah ela ficava nervosa, isso ela ficava, ela ficava nervosa aí ela começava a se desculpar.. ah! Não deu tempo, não deu tempo. Ela começava a se desculpar parecia que ela tinha culpa daquilo que tava acontecendo, né... 65091
[...] Ela (vizinha) sempre vinha aqui pra mim arrumar o cabelo dela [...] domingo de manhã que ela teve aqui pra mim arrumar o cabelo dela. Ela tem esse problema, que ela sempre reclama. Ela num gosta muito de sair de casa por causa disso. Porque a hora que tem vontade de fazer xixi, num consegue segurar. 65121

Na categoria “Informação de que a pessoa com IU não consegue segurar no tempo e local adequados”, as pessoas idosas informam seus conhecimentos sobre o assunto, mencionando que a incontinência urinária altera a capacidade de o indivíduo conseguir acessar o banheiro a tempo de não causar maiores danos físicos, como molhar a roupa e o ambiente. A seguir, alguns fragmentos de discurso dos participantes que ilustram a presente categoria:

A urina se der vontade tem que sair rapidinho. [...] É, se deixar sai na roupa. O meu também sai na roupa. 65073
É, ele falou que ele tava assim: na hora, tem que ter um banheiro rápido pra ele ir no banheiro. [...] É, não consegue (segurar) 65008
Eu num sei, é diferente né? Já pensou a pessoa deitar, acordar molhada. Dizem que urina solta. 65179
Aí ela (filha) começa a fazer xixi, num dá tempo de ir no banheiro. O banheiro é pertinho assim oh. Não dá tempo dela ir, ela levanta e já, ou fez no chão ou fez na cama. 65202

Os conteúdos dos discursos dos participantes referentes a categoria “Concepção de que a perda de urina é inerente ao avanço da idade e o conhecimento de medicamentos que aumentam o volume de urina;” tratam sobre a incontinência urinária estar vinculada ao próprio processo natural do envelhecimento e o aumento do volume de urina estar relacionado com a ingestão de medicamentos destinados a outras comorbidades que acabam por aumentar a diurese, conforme mostram alguns fragmentos a seguir:

Depois de 80 anos, minha “fia”, acontece. [...] Sabe que num, que num dá tempo, num consegue. Ta fazendo um xixi muitas vezes, já fez... sabe?! Eu acho que é por causa da idade né. Acontece muito mesmo. 65025
Porque, é, a gente com 80 anos já num segura. Esse outro num..a gente fica... entendeu? Então não segura. 65082
Eu não, eu...já vi pessoas há muitos anos inclusive, idoso que é...tinha incontinência. Tava assim andando e tal, e molhava a calça e tal. Mas isso...só convivi com isso. [...] Ah, geralmente pessoa mais idosa né. Assim, vamos dizer é, da minha idade pra frente já pode começar isso. 65163
Eu tomo remédio é, diurético, porque eu tenho o problema de hipertensão. Aí tem que tomar um diurético. Então eu urino bastante por causa disso. Eu tomo o diurético. 65090
Isso eu sei. Alguma pessoa. Eu mesmo, já aconteceu comigo. De urinar pouco, eu tomei remédio e urinei foi muito. 65120.
Quando eu tomo esse remédio, aí eu faço muito xixi. [...] Eu tomo remédio e toda hora eu vou no banheiro. 65098

Na dimensão **comportamental e atitudinal** sobre a incontinência urinária, foram identificados os conteúdos que versam sobre: 1) Conteúdos reificados sobre as manifestações de incontinência urinária e seu enfrentamento; 2) Percepção social da incontinência urinária e as necessidades advindas.

Na categoria “Conteúdos reificados sobre as manifestações de incontinência urinária e seu enfrentamento”, as pessoas idosas referem não conseguir êxito quando sentem o desejo de urinar e chegar ao banheiro a tempo de conseguir utilizá-lo e, por isso, buscam e fazem uso de formas improvisadas para resolver antes mesmo de causar danos no ambiente e à própria roupa, como consta a seguir nos exemplos de fragmentos do discurso dos participantes:

*Há muito tempo atrás, eu andava com esse negócio. Eu tenho com esse negócio qualquer coisa, eu chego na rua da vontade de fazer xixi. [...] Ah, se eu “bobiar”, eu perco. (urina) [...] É o seguinte, por exemplo, você vai, vai, por exemplo, no Bahamas. Vou no Bahamas, aí dá aquele negócio, até que uns tempos parou, mas dá aquela vontade de fazer xixi. Menina teve um dia, que eu num aguentei, achei, achei um portão aberto assim mais ou menos e eu entrei lá, fiz meu serviço e saí fora. E eu tenho muito isso. [...] Não é sempre assim, agora não que eu focalizo, entendeu? Então, quando eu tô nessa situação de perder xixi, por exemplo, se eu vou na igreja, aí eu antes de começar o culto, eu já vou ao banheiro. Em qualquer lugar que eu vou, eu já vou ao banheiro porque eu sei que vai acontecer mesmo. E um jeito que você não pode segurar. [...] Não, já tem bastante tempo que começou. Vou pra um lugar aí, vão e tal lugar assim, assim e eu já vou preparar um lugarzinho que pode, né, fazer qualquer coisa. Mas, graças a Deus, melhorou um pouco. Nem sei por causa de que. **65075***

*No pinico, eu só faço xixi... não dá tempo. [...] Ahhh ela... eu fico muito sentada aqui. Então pra mim levantar daqui, se eu fico assim uns 10 minutos sentada, eu tenho que deitar. Pegar o pinico, tirar a calça deitada porque senão num dá pra tirar, em pé assim ou sentada. Eu tenho que tirar ela deitada pra quando eu sentar aqui, levantar o pinico já tá aqui. [...] Pra mim fazer. E em pé, andando, se eu num sentar eu ando muito sem, sem ter esse “pobrema”. Mas sempre com a calça forrada com um “modos” né? [...] Esses outros que é até melhor, né, mas num segura mesmo (urina). Aí às “vez” eu põe dois desse pequenininho. Que é quando eu tenho que ir lá no HU. Já tem três mês que eu não vou lá tirar sangue. Que eu num tô aguentando mesmo. [...] Então é, é ela (filha) que sai comigo. Então, ela quase num tá podendo. Aí eu fico tentando ir sozinha, mas, fico com medo, né? **65082***

*Oh, eu tinha a urina solta. Agora tomo uns remédio aí, melhorou. [...] Eu fazia toda hora, né. (urina) **65136***

*Urina, é, é, solta às vezes sem ver. Eu mesmo. Tenho problema de urina. Solta à-toa. Só de tossir. Mas eu já operei pra chegar a bexiga no lugar e num adiantou. E ainda continua ainda. Eu urino na cama, tem que forrar a cama e tudo. Mas se...eu tenho um balde, põe o balde do lado da cama, porque, se eu for no banheiro, já num dá tempo. Sai logo. **65148***

Na categoria “Percepção social da incontinência urinária e necessidades advindas”, o discurso das pessoas idosas se refere às formas de percepção da incontinência urinária e à necessidade de ter sempre um banheiro à vista, conforme apontam os seguintes fragmentos do discurso dos participantes:

Ah! nossa, eu mesma já “pirdi” muito. (urina) [...] Porque eu ficava trabalhando, trabalhando, trabalhando, deixava pra última hora. 65025

Consigo sim. Ah, eu vou e chego no banheiro correndo, mas chego. 65038

Tem hora que eu não consigo não (segurar urina). Assim, quando eu vou fazer xixi, já tá saindo um pouquinho, ah que coisa sô. Eu nem tô com vontade, nem fazendo força, nem nada.[...] Quando eu levanto assim, a noite assim pra ir no banheiro, já levanto menina....acordo, aí tô com vontade de fazer xixi, levanto, o abençoado já vem saindo, devagarzinho na roupa. Ai meu Deus do céu. [...] Ah, nossa senhora. Ai eu falo com as minhas menina, nossa eu, num, num...uma coisa que eu num sei dormir sem calcinha, né. É uma coisa que eu num sei. Aí eu troco de calcinha na hora de dormir, porque já tá...fui fazer xixi, já...ai eu vou lá, troco de outra. Quando é na parte da madrugada, assim que é, até a madrugada a gente dorme bem né, porque eu tomo remédio pra dormir desde que eu operei o coração. Aí, quando eu chego no banheiro, já tá saindo. 65138

E, na **dimensão valorativa**, foram identificadas duas categorias: 1) evento desagradável e de cheiro forte e marcante e 2) Descontrole da micção.

Sobre a categoria “evento desagradável e de cheiro forte e marcante”, as falas dos participantes que abragem os conteúdos: o incômodo, o cheiro, as estratégias para lidar com a incontinência urinária e seu desconforto, conforme mostram os fragmentos de discurso destacados abaixo:

Dá um cheiro forte. 65001

Mas, é, fica..num sei, fica ruim. [...] Incomoda 65023

É...é...uso da fralda e o desconforto, né e aí exposição no meio de trabalho e no meio social. 65200

Na categoria “Descontrole da micção”, os participantes relatam a frequência e a quantidade de urina que perdem, conforme exemplificam os fragmentos de discurso dos participantes:

Eu tenho isso desde criança. Agora, piorou mais.(perder urina) 65148

Levanto e faço demais. [...] Eu faço muito xixi. [...] É difícil sair sozinho. (xixi) 65167

Na **dimensão imagética**, foram identificados os conteúdos sobre ter contato com conhecidos e familiares que apresentam IU, urinar nas roupas íntimas e ter que lavá-las sempre, o uso de fraldas e isso causar um desconforto e o cheiro marcante da urina. Esses conteúdos foram agrupados na categoria “Retratação imagética da incontinência urinária”. Os seguintes fragmentos de discursos evidenciam esses conteúdos:

Sem conseguir (segurar). A urina minha é assim. [...] se deixar pingar, tem que tirar a calça e lavar a calcinha. [...]65001

Ah! Eu tenho um colega aqui que perde a urina. 65008

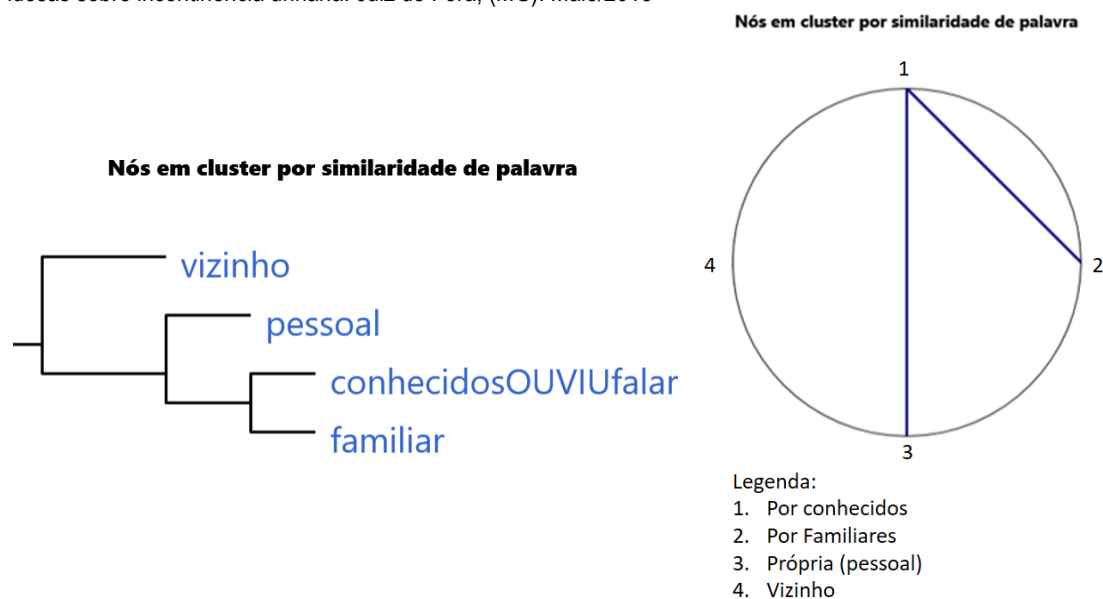
Urina, minha filha, eu tenho “pobrema” de urina. [...] Põe daquele, daquele pequeninho. (absorvente) 65082

Não, inclusive eu...eu fiz quatro cirurgias na bexiga. [...] Ué, molha a cueca, molha a calça né?65090

É porque, em casa, tem banheiro e, na casa do outro, não tem, né? **65098**
 A minha mãe tinha a urina solta. **65149**
 Ele tem incontinência urinária, ele usa fralda. [...] Sempre com cheiro de urina. **65529**

Na **figura 26**, constam o dendograma e o gráfico de círculo a respeito da origem das construções simbólicas sobre a incontinência urinária obtida a partir da abordagem processual da TRS a respeito da incontinência urinária.

Figura 26: Dendograma e Gráfico de Círculo sobre a origem das construções simbólicas elaboradas por pessoas idosas sobre incontinência urinária. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivoPro 11®

Para exemplificar a construção simbólica influenciada por **conhecidos ou pessoas que lhes contaram, familiares, vizinhos e experiência própria**, apresentam-se os seguintes fragmentos de discursos:

Por conhecidos ou pessoas que lhe contaram sobre o assunto

Ah! Eu tenho um colega aqui que perde a urina. É, ele falou que ele tava assim: na hora, tem que ter um banheiro rápido pra ele ir no banheiro. **65008**

A incontinência urinária, a pessoa... eu tenho uma amiga, por exemplo, que ela arruma pra sair e, quando ela chega lá no portão, ela já fez xixi nas fraldas, já voltou, já trocou. **65099**

Por familiares

Não, por enquanto... deixa eu ver, porque tinha a minha mãe, mas ela já faleceu. (tinha incontinência urinária). [...] Era, era assim também aquele negócio, ia no Bahamas (mãe), ia em qualquer lugar já queria fazer xixi. **65075**

Só minha irmã. Minha duas irmãs. Tem uma irmã que tá com 89 agora assim, num é diariamente não. Quando ela fica assim, meia, meia, "baqueadinha" aí dá. (perde urina) Mas tirando disso não. **65168**

Experiência própria

eu só, só...tenho horário que me dá vontade de fazer xixi, de urinar. Eu tenho que correr para o banheiro, porque senão sai caindo. **65001**

Tenho! Não é solta, é incontinência urinária [...] Então às vezes, num da tempo. **65023**

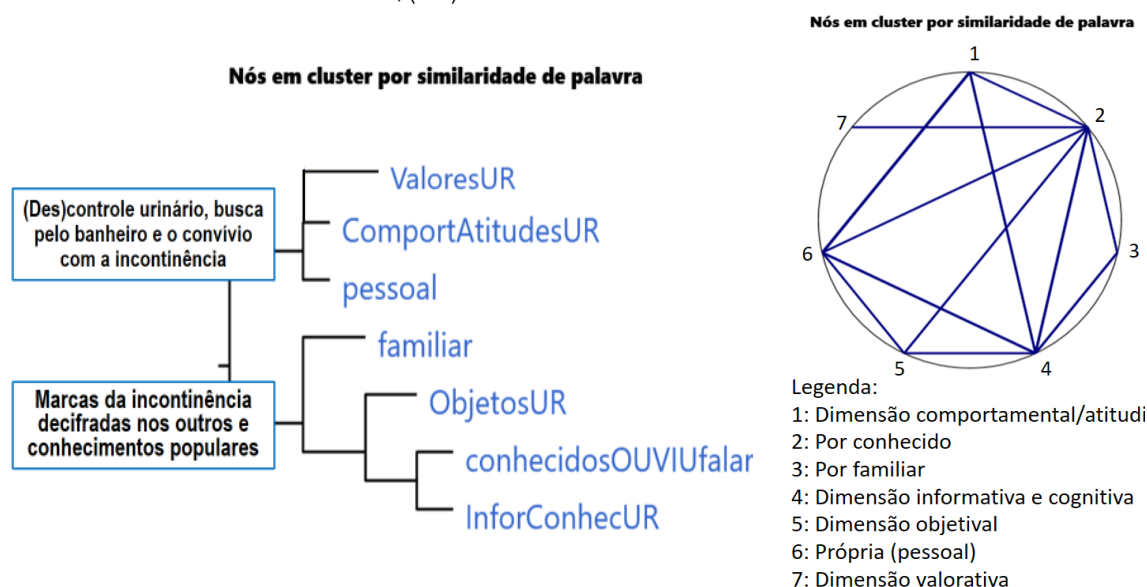
Vizinhos

Ah não, essa menina aqui do lado, ela tava...eu tava nessa parte de cá porque eu olhei minha mãe durante nove anos nessa parte de cá [...] Aí um dia, ela saiu lá de casa fazendo xixi por aí a fora até chegar na casa dela. Essa eu conheço. Essa aí eu conheço (Risos). 65114

Durante o discurso dos participantes, foi possível perceber que eles convivem com pessoas que apresentam IU, no núcleo familiar, na vizinhança e com amigos. Conseguiram perceber como essa alteração no padrão de eliminação se manifestava e afetava a vida dessas pessoas incontinentes.

A partir das dimensões representacionais, foi possível identificar duas categorias que permitem compreender qual a origem das construções simbólicas elaboradas pelos participantes a respeito da incontinência urinária, a saber: 1) (Des)controle urinário, busca pelo banheiro e o convívio com a incontinência e 2) Marcas da incontinência urinária decifradas nos outros e conhecimentos populares.

Figura 27: Dendograma e Gráfico de Círculo sobre as dimensões representacionais elaboradas por pessoas idosas sobre incontinência urinária. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018.



Fonte: Programa NVivo Pro11®

Na categoria “**(Des)controle urinário, busca pelo banheiro e o convívio com a incontinência**” identificada para retratar a incontinência urinária,

Comportamental/atitude

Ahh nossa, eu mesma já “pirdi” muito. (urina) [...] Porque eu ficava trabalhando, trabalhando, trabalhando, deixava pra última hora. 65025

Então, quando eu tô nessa situação de perder xixi, por exemplo, se eu vou na igreja, aí eu, antes de começar o culto, eu já vou ao banheiro. Em qualquer lugar que eu vou, eu já vou ao banheiro porque eu sei que vai acontecer mesmo. 65075

Aí eu troco de calcinha na hora de dormir, porque já tá...fui fazer xixi, já...aí eu vou lá, troco de outra. Quando é na parte da madrugada, assim que é, até a madrugada a

gente dorme bem, né, porque eu tomo remédio pra dormir desde que eu operei o coração. Ai, quando eu chego no banheiro, já tá saindo. 65138

O que, de 60 anos eu tenho muita diabetes eu faço toda hora. (xixi) [...] Não, eu corro depressa, tiro a roupa e faço. [...] Bom, quando a gente tá com vontade de fazer xixi, se a gente não levantar, a gente faz na cama. Por isso, a gente dá vontade, levanta logo pra fazer xixi. 65167

Ela urinava, quando ela tava em casa ela tinha que usar um, sempre um paninho pra poder segurar. [...] Igual uns segura, né. Ela colocava sempre um pano pra segurar. 65149

Valorativa

Levanto e faço demais. [...] Eu faço muito xixi. [...] É difícil sair sozinho. (xixi) 65167
Eu tenho isso desde criança. Agora, piorou mais.(perder urina) 65148

Na categoria em questão, percebe-se como os participantes lidam quando sentem/percebem o reflexo de micção, a iminência de urinar incontrolável e inadiável, relatando a urgência em se direcionar para o banheiro a tempo de não causarem danos físicos em suas vestimentas e ao ambiente.

No que tange a outra categoria identificada para retratar a incontinência urinária intitulada **“Marcas da incontinência urinária decifradas nos outros e conhecimentos populares”**, podem-se citar as seguintes falas:

Objtival

Tem que ir no banheiro rápido. Perdia o xixi. [...] A pessoa tem urina solta mesmo, acontece com ele. Pelo menos ele fala. 65025

Era assim também aquele negócio, ia no Bahamas (mãe), ia em qualquer lugar já queria fazer xixi. 65075

Ah não, essa menina aqui do lado, ela tava (com perda de urina) 65114

Mas é porque ele toma remédio. [...] Ele levanta umas três, quatro vezes de noite pra poder ir no banheiro. 65211

Agora é, é, é a obrigatoriedade do uso de fralda, né. Fralda geriátrica, é a dificuldade de trabalho, por exemplo, né. Por exemplo, eu sou professor aposentado, mas meus colegas que eu tô falando são todos professor e, mesmo que a fralda possa segurar, é uma coisa assim desconfortável no sentido de que assim, pode expor o professor, porque o aluno observa tudo. Então acho que é isso. 65200

Informativa/cognitiva

Então, se eu fazer um suco natural aqui, é..uma laranjada, uma limo.. uma limonada, uma coisa assim. Deus me livre, aí eu urino muito. Mais aí é porque bebeu muito líquido, né? Porque eu acho que, se tomar muito líquido, tem que sair, porque eu sou muito “ruinha” pra beber água. [...] e... mas uma coisa que solta muito a minha urina é a guaraná. Se eu tomar um copo de guaraná, Deus me livre. É um “pobrema”. [...] Ah urina muito! De hora em hora, tem que correr pro banheiro. Até de noite. 65038

Eu, eu conheço várias pessoas, mas eu não tenho não.(Incontinência urinária) [...] A incontinência urinária, a pessoa... eu tenho uma amiga, por exemplo, que ela arruma pra sair e, quando ela chega lá no portão, ela já fez xixi nas fraldas, já voltou, já trocou. [...] Ela é aquela...ela teve, segundo ela trabalhou 30 anos no hospital de tuberculoso lá, tuberculose.65099

Ela era nova, depois ela teve que operar. Foi preciso de operar de “períne”. 65124

Incontinência urinaria também eu nunca tive. Mas tive alguns amigos que tiveram mas, devido à cirurgia na próstata. 65200

Segundo os fragmentos de discursos dos participantes, é possível perceber que eles possuem o conhecimento da incontinência urinária, remetendo à presença de doenças que podem desencadear essa alteração, o consumo de líquidos que propiciam a perda da urina, intervenções

cirúrgicas para tratamento e a utilização de acessórios que retêm a urina, auxiliando na higiene pessoal, a exemplo da fralda.

O processo natural do envelhecimento é um fator predisponente para incontinência urinária, uma vez que ocorrem alterações hormonais, musculoesqueléticas, no sistema nervoso e o desenvolvimento de DCNTs relacionadas à diminuição geral das capacidades funcionais e da capacidade da bexiga. Todos esses fatores, acrescidos do número de partos, tipo de parto e cirurgias ginecológicas ou prostatectomia, influenciam no desenvolvimento da IU¹⁷⁰.

Na presente investigação, 54,8% das pessoas idosas entrevistadas relataram apresentar alguma perda de urina. Estes dados corroboram os achados de uma outra investigação realizada também no contexto da APS e com idosos em que 32,2% dos participantes eram incontinentes¹⁶⁹. Em uma revisão de literatura internacional, foi constatado que a perda de urina apresenta o dobro dos casos no gênero feminino ao se comparar com o gênero masculino e que 25% a 45% das mulheres acima de 60 anos eram incontinentes em contrapartida de 11% a 34% dos homens incontinentes¹⁷¹.

Os achados da presente investigação evidenciam que aproximadamente metade dos participantes relataram alguma perda de urina. Esse fato se deve à pesquisa apurada e aprofundada de como ocorre essa possível perda de urina. Perguntar aos idosos se eles apresentam incontinência urinária não os leva a rememorar fatos do cotidiano referentes a IUE, noctúria e IU de transbordamento.

Idoso, ao ser indagado sobre uma possível perda de urina, mencionou não acontecer tal fato com ele. Após averiguar segundo sinais e sintomas de cada tipo de incontinência urinária, foi possível perceber a perda urina quando ele espirrava e tossia. (Nota do diário de campo).

Desta forma, com a não rememoração de acontecimentos do cotidiano sobre alguns tipos de incontinência urinária e os achados de que 17,2% dos participantes não comentaram sobre o ocorrido com profissionais de saúde, foi possível perceber que, para eles, mesmo que constatem tal anormalidade no padrão de eliminação e a importância de buscar um profissional para intervir no problema, como foi identificado pelo cognema “doença” e “médico” no possível núcleo central da investigação, de fato isso não ocorre na prática.

Isso pode ser explicado pela percepção da incontinência urinária apenas naquelas situações/classificações em que os danos físicos nas vestimentas e nos ambientes ocorrem de forma contínua, tornando-se evidentes os sinais e sintomas para a pessoa incontinente e podendo ser percebido pelas pessoas de seu convívio, a exemplo da incontinência urinária total, incontinência urinária de urgência e a enurese. Ou por se tratar de uma condição que sugere vergonha e constrangimento ao comentar sobre o assunto, como se pode perceber pelo cognema

alocado no possível núcleo central “constrange-problema-ruim”, ainda mais quando se trata de um primeiro encontro/consulta¹⁷².

Sobre os tipos de incontinência urinária, houve predomínio da IUU (26,9%) seguida da IUE (25,3%), IU funcional (23,7%) e noctúria (22,6%). Vale ressaltar que a presente investigação utilizou os critérios de classificação para IU segundo a ICS e NANDA I. Desta forma, a IUU e IUE pertencem a ambas as classificações, a IU funcional à NANDA I e noctúria à ICS.

As principais classificações e mais utilizadas nas investigações sobre IU retratam sobre IUE, IUU e IUM. Os dados da presente investigação referentes a IUU e IUE corroboram com os achados de uma investigação, na qual 26,1% dos participantes referiram ter IUU e 13,8% IUE¹⁷². Já em outra investigação realizada apenas com mulheres, os achados foram distintos aos da presente investigação, havendo um predomínio de pessoas com IUM (62,6%), seguida da IUE (31,1%) e da IUU (6,3%)¹⁷⁴.

No quadro de quatro casas da representação social, foi possível identificar no QID, os cognemas “levanta-a-noite” e “fazer-esforço”, referindo à noctúria e IUE, respectivamente. A prevalência da noctúria nos participantes pode estar relacionada à utilização de diuréticos por 25,3% dos entrevistados, principalmente quando esse medicamento é utilizado no período noturno. O diurético aumenta o fluxo urinário, o que propicia o aumento das contrações na bexiga, contribuindo também para IUU, retratada pelos participantes no QSD das representações sociais pelo cognema “não-aguenta-segurar-descontrole”¹⁷⁵. Conforme consta do fragmento de discurso, a seguir:

E que eu tenho que correr dentro de casa, faço na roupa. Tanto quando eu vou na cidade, eu não tomo. Só quando tô em casa. (medicamentos para hipertensão). [...] Quando eu vou na cidade com a minha cunhada, ela toma remédio. Eu não tomo não. Depois eu tomo só a noite pra dormir. 65098
Até na cama minha aqui, já teve vez de eu levantar com vontade de urinar, levantei. Mas quando eu levantei, cheguei na “berada” da cama soltei. Não adianta, você não segura. Você pode tentar voltar, e tentar segurar, mas você não consegue não. 65119

A IUM é uma das classificações que apresenta destaque para o número de pessoas acometidas nas investigações juntamente com IUU e IUE¹⁷⁴, porém, na presente investigação, sua prevalência foi de 15,6%, menor que IU funcional (23,7%) e IU de transbordamento (18,3%).

Segundo os dados da escala ICIQ-SF, foi possível identificar entre as pessoas que perdiam urina o quanto a incontinência urinária impactava a qualidade de vida dessas pessoas idosas.

Para 46,8% dos participantes a perda de urina ocorre com a frequência de uma vez na semana, 28,7% mencionaram ser uma vez ao dia e 65,5% consideraram que essa perda se dá em pequena quantidade.

Os achados da investigação corroboram com um estudo realizado com idosas na APS, no qual 28,5% perdem urina uma vez por semana ou menos e 57,1% perdem uma pequena quantidade⁸⁰. Em uma investigação na Turquia, encontraram-se tiveram os mesmos achados, 45,9% perdem urina uma vez na semana, 79,7% mencionaram que essa perda de urina é pequena e que o impacto da incontinência na qualidade de vida é moderado (36%)¹⁷⁶.

As idosas referiram que essa alteração no padrão de eliminação não apresenta impacto na sua qualidade de vida (28,7%) ou o impacto é tido como moderado (24,1%). Em uma investigação realizada com mulheres francesas, foi verificado que 40,3% das entrevistadas relataram que a incontinência apresenta um impacto leve em sua vida diária¹⁷⁷.

As situações apontadas pelos participantes como momentos em que perdem urina foram antes de chegar ao banheiro e quando tosse ou espirram, corroborando os achados sobre os tipos de incontinência urinária, nos quais a IUU e IUE apresentaram maior prevalência comparada aos demais tipos de incontinência urinária.

As pessoas que são incontinentes precisam modificar hábitos e costumes a fim de se adequarem às condições de uma pessoa que apresenta tais alterações no padrão de eliminação urinária, a exemplo do uso de pensos e até mesmo fraldas, para melhor atender suas necessidades sem causarem mais prejuízos físicos e psicológicos, reduzindo, assim, os impactos negativos no cotidiano.

A escala KHQ afere o impacto dos sintomas do trato urinário na qualidade de vida de mulheres em uma perspectiva multidimensional, os domínios que apresentaram escores sugestivos de alteração na qualidade de vida foram o domínio 1 (percepção geral de saúde) e o domínio 9 (medidas de gravidade). Vale ressaltar que as respostas das idosas consistem em questões vinculadas às percepções individuais permeadas por um contexto cultural no qual se inserem.

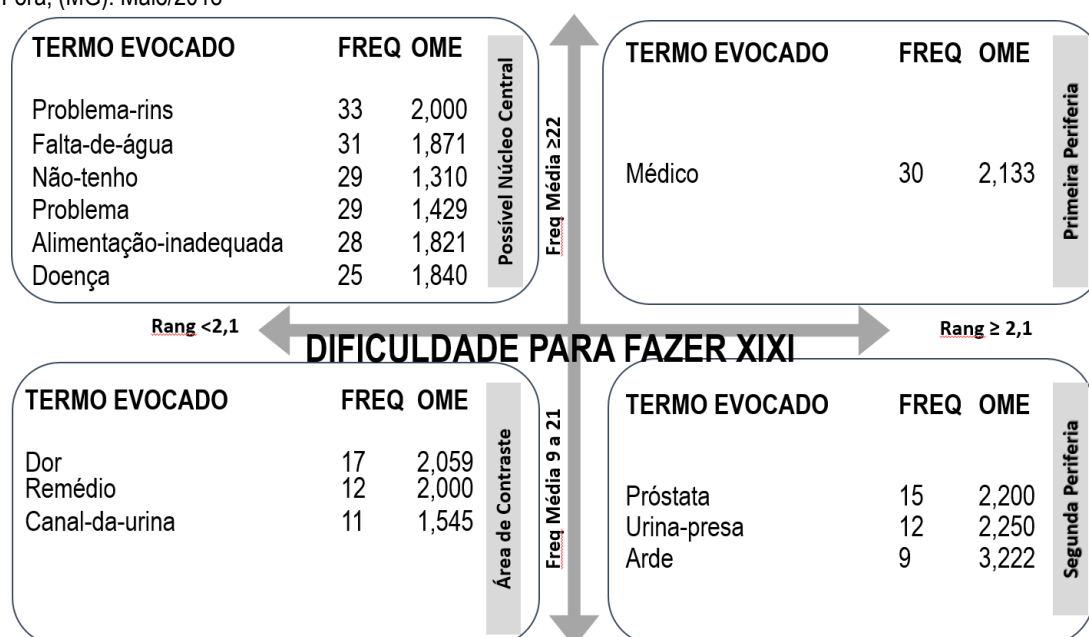
O domínio 1 retrata como a pessoa considera sua saúde no momento. O domínio 9 apresenta reflexões sobre como lidar com incontinência urinária no cotidiano, se a pessoa escolhe fazer uso de absorventes, forros, se ela mensura/observa com a quantidade de líquido que bebe, se troca as roupas íntimas quando as mesmas estão molhadas, se ela se preocupa com a possibilidade de exalar cheiro de urina e se sente envergonhada frente à situação.

Os demais domínios não apresentaram escores sugestivos (pontuação menor que 25 em 100 pontos) de alteração na qualidade de vida quando a pessoa apresenta IU. Esses achados corroboram com os resultados de uma outra investigação realizadas com mulheres na menopausa, porém com uma alteração: nos domínios que sugeriram impacto da IU na qualidade

de vida das participantes. Os domínios que apresentaram impacto foram “impacto da incontinência urinária” (domínio 2) e “limitações de atividades diárias” (domínio 3)¹⁷⁸.

Outra alteração no padrão de eliminação são as **retenções urinárias** cujo conteúdo está sendo contextualizado segundo a abordagem estrutural e processual das representações sociais. No quadro de quatro casas, constam os cognemas obtidos a partir do termo indutor “dificuldade para fazer xixi” (**figura 28**).

Figura 28: Quadro de quatro casas desencadeado por termo indutor “Dificuldade para fazer xixi” (n= 186). Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa EVOC 2000.

Após o pesquisador enunciar o termo indutor “dificuldade para fazer xixi”, os participantes evocaram as cinco primeiras palavras sobre o assunto. Os cognemas mencionados possibilitaram apreender as representações desse grupo relacionadas ao tema de retenção urinária.

O QSE, composto pelos cognemas com tendência de centralidade (possível núcleo central) referente ao termo indutor “dificuldade para fazer xixi”, apresentou os seguintes conteúdos com as respectivas dimensões representacionais: “problema-rins” (informativo/cognitivo), “falta-de-água” (informativa/cognitiva), “não-tenho” (informativa/cognitiva), “problema” (imagética), “alimentação-inadequada” (informativa/cognitiva) e “doença” (imagética).

Os conteúdos alocados no núcleo central demonstram que os participantes possuem conhecimento sobre o assunto, apontando um problema de saúde, patologia (“problema nos rins”, “problema” e “doença”) e uma possível causa/motivo ou hábitos inadequados que dificultam a micção (“falta-de-água” e “alimentação-inadequada”). Além de conferir conhecimento, os

participantes se sentiram motivados a identificar se a alteração no padrão de eliminação em questão acontecia com eles, o que se deu por meio do cognema “não tenho”.

Os cognemas que apresentaram maior frequência no possível núcleo central foram “problema-rins” e “falta-de-água”, sendo evocados entre a primeira e segunda posição.

A minha irmã era assim, ela morreu já há muitos anos. Ela ia fazer até aquela... “diálise” que fala, né? [...] É. Mas ela já morreu há muito tempo, mas não fazia mesmo (xixi). 65001

Não imagino. Não tenho. [...] É... tipo assim que a pessoa tenta mas não consegue, né? 65008

Ah! Pois é! Não mas que ... a minha neta, esse dia ... esses dia atrás, ela teve um “pobrema” mas é... como é que a gente fala: era uma infecção, né? É infecção renal, né? Mas foi coisa de passagem. [...] Não... até que ela fazia (urinava), mas só que tem que doía. [...] É, mas aí ela foi no médico, né? [...] Tá. Tá tratando. Graças a Deus! 65009

Ataca os rins e num pode, tem que fazer xixi. [...] Num pode, tem que fazer xixi, se não morre. Tem que fazer xixi, porque o rins não pode ficar parado. 65167

Oh, eles falam que às vezes, se a gente não tomar muita água, dá.. as “veiz” costuma dá esse problema de dificuldade pra urinar, né? 65522

No QIE, denominado zona de contraste, estão alocados os cognemas prontamente evocados, mas, com baixa frequência, são eles: “dor”, “remédio”, “canal-da-urina”. Trata-se de conteúdos imagéticos e que refletem diferentes conceitos, imagens de um subgrupo sobre o assunto em questão, conforme é possível perceber também nos fragmentos de discurso dos participantes:

Mas eu não vejo outra característica. Muita dor. 65200

Eu tomo até remédio pra urinar. Se eu ficar dois dia sem tomar a urina sai, mas ela fica presa. 65123

No QSD, primeira periferia, está alocado o cognema “médico”, o qual apresentou alta frequência, porém mencionado nas últimas posições, evidenciando que a “dificuldade de urinar” consiste em um assunto que denota doença, enfermidade, patologia, sendo necessário acionar o profissional habilitado para tal.

Que a pessoa num, que a urina não sai. Aí tem que procurar o médico, ou e tal pra introduzi uma cânula, né, uma coisa assim. 65163

Aí até que ela ligou pra mim, hoje ainda a gente tava falado, ela falou “oh mãe, melhorei um pouquinho”. Mas tô tomando cana do brejo, tô tomando o remédio que o médico passou pra ver, mas tem dia que ainda arde muito ainda. 65171

No QID, segunda periferia, estão os conteúdos que tiveram baixa frequência e que foram mencionados nas últimas posições, considerados elementos flexíveis que garantem a estabilidade do núcleo central, são eles: “próstata”, “urina-presas” e “arde”. Estes cognemas referem a dimensão representacional imagética.

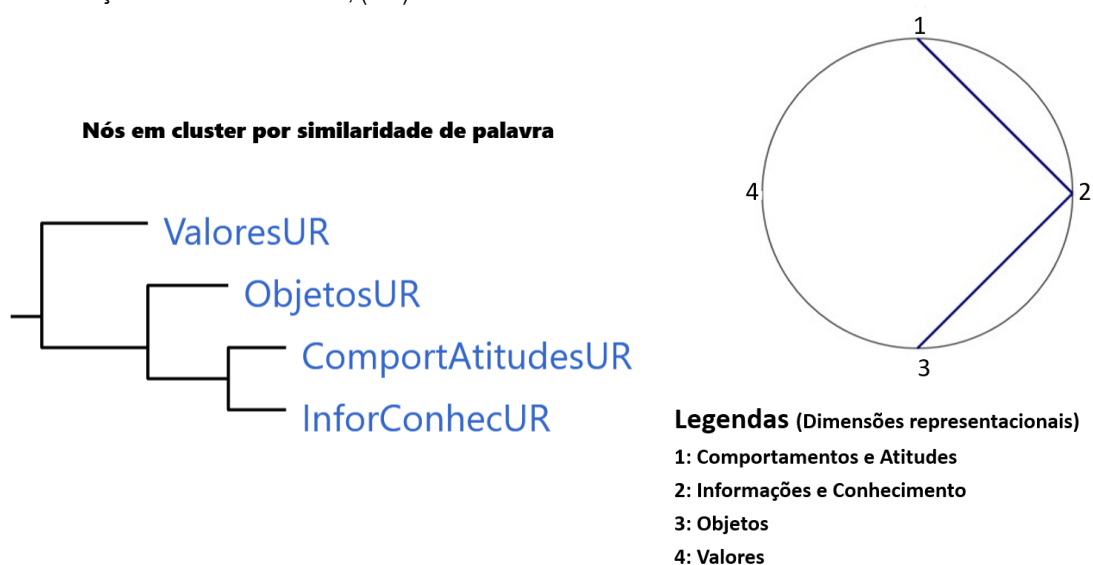
Ah, pode ser uma dor nessa....dos rins ou a próstata né. 65196

É...mas a gente...urina presa, a gente quando se sente que tá com urina, mais ou menos, não tão presa, mais ou menos, a gente toma chá de abacate ou então chá de cana do brejo. **65172**

Aí até que ela ligou pra mim, hoje ainda a gente tava falado, ela falou oh mãe, melhorei um pouquinho. Mas tô tomando cana do brejo, tô tomando o remédio que o médico passou pra ver, mas tem dia que ainda arde muito ainda. **65171**

Na abordagem processual, foram identificadas por meio dos fragmentos de discursos dos 50 participantes as seguintes dimensões representacionais: “comportamental/atitudinal, informativa/cognitiva, valorativa e imagética” referente à retenção urinária (**Figura 29**).

Figura 29: Dendograma e Gráfico de Círculo sobre dimensões das representações elaboradas por pessoas idosas sobre retenção urinária. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivoPro 11®

Elas estão exemplificadas a seguir com fragmentos de discurso dos participantes.

comportamental e atitudinal: *Urina sou eu mesmo. [...] é, se eu não tomar um remédio que eu tomo...demora pra sair. [...] Demora a sair. [...] Tomo todo dia. Todo dia à tarde, à noite. Um comprimido por dia...* **65123**

Informativa e Cognitiva: *Ah, eu já vi muita gente contar, que às vezes “panha” alguma doença e aí...e...e vai no banheiro e...faz força pra urinar e não urina. Isso eu já vi algumas pessoas contar isso.* **65166**

Valorativa: *Deve ser horrível, né?* **65042**

Imagética: *Ah, isso eu já tive quando tava com cistite, uma vez eu tive cistite aí eu ficava com muita dificuldade para fazer xixi, eu sentia muita dor.* **65091**

A partir dos conteúdos do discurso dos participantes referente à dimensão **informativa/cognitiva**, foi possível identificar duas categorias: “Informações sobre estratégias de tratamento da retenção urinária” e “Conteúdos reificados apreendidos por experiências próprias e permuta de experiências”.

Na categoria “Informações sobre estratégias de tratamento da retenção urinária”, os participantes mencionaram a realização de procedimentos como diálise peritoneal e uso de sondas, de medicamentos e de chás no auxílio da diurese. Os fragmentos de discursos a seguir exemplificam os conteúdos mencionados:

A minha irmã era assim, ela morreu já há muitos anos. Ela ia fazer até aquela... “diálise” que fala, né? [...] É. Mas ela já morreu há muito tempo, mas não fazia mesmo (xixi).

65001

Ah, isso aí eu tenho uma “purção” de parente que é.. quem é que é eu não sei. Mas todo mundo reclama. Ah, eu tenho que fazer isso e aquilo e a urina não solta. Então toma muito diurético. Tem uma prima aqui em frente, [...] ela tem esse “pobrema”, que ela num, num .. fica urinando muito pouco. Entendeu? [...] Eu tenho um pé algodão aqui em casa minha filha, “veve” sem folha, porque todo mundo busca. Vem pedir pra tomar.

65038

Retenção urinária eu nunca tive, mas eu me lembro que pessoas muito doente já tiveram, dos meus familiares. É...meu avô, por exemplo, tinha retenções que era obrigado a colocar sonda pra, pra sair mas...a urina, mas...só mesmo pessoas muito doentes, já mesmo bem acamada mesmo.

65200

Na categoria “Conteúdos reificados apreendidos por experiências próprias e permuta de experiências”, as pessoas idosas citam suas experiências próprias ou com terceiros que apresentavam retenção urinária, os conteúdos versam sobre dor, a presença de possíveis comorbidades e a falta de líquidos no organismo, como explicitado nos fragmentos de discurso dos participantes, a seguir:

Ah, eu sei que eles fala que é o rins que para de funcionar. Falta de líquido, e falta do rim para de funcionar, né.

65147

Camarada que, nessa idade tem crise, né, e... tem problema de pedra. Aí a pedra não sai fica no meio do caminho. Então dá uma dor que falaram que é alucinante. Tem um caso inclusive de um cunhado meu. Ele teve uma crise e foi ele teve que ser levado pra outra cidade de avião. No caminho, o...a.. ambulância que o levava pro avião deu um baque lá numa pedra, aí a pedra saiu a dor acabou. Parece brincadeira, foi... então o problema é esse é dor, né, mal-estar. [...] E não sai a urina, né.

65023

Na dimensão **comportamento/atitude**, foi possível identificar uma categoria a partir da análise do discurso dos participantes: “Estratégias artificiais e naturais para lidar com a retenção urinária”. Os conteúdos versam sobre ingestão de líquidos, fazer uso de estímulos naturais e não naturais para a micção, conforme consta em alguns fragmentos do discurso dos participantes:

Tomar banho. Ficar a vontade. Ajuda (fazer xixi).

65039

É difícil pra ir no banheiro, tem que tomar remédio.

65042

É, a, as vezes...é, eu sinto a vontade de urinar é...e, e, e eu urino mas urino pouco. Aí eu procurei médico, né, pra saber. Urologista. Então eles mandou eu fazer um exame que chama ultrassonografia da bexiga. Aí eu tenho feito todo ano. [...] Ah, é que você sente a vontade de urinar mas a urina não sai. Aí você fica um pouco revoltado, né. [...] Porque queima um pouquinho, né. Mas, isso é muito difícil acontecer

comigo. Muito difícil. [...] A orientação deles (médicos) era ter que hidratar bem. Beber bastante água. [...] Aí é, ele num vai...claro que, no meu caso, eu, eu, eu bebo de oito a nove copo d'água por dia. 65090

[...] O rins é aqui. Pois é, aí a dor daqui passou e agora estou sentindo aqui. Entendeu? Que hoje mesmo ela tá fisingando. Aí, eu falei assim: vou tomar um chá de cana do brejo pra mim ver. Diz que num tem remédio, o remédio é só água, né. Pois é, eu bebo água de noite, eu bebo água de dia, eu tenho que tá botando uma coisinha na boca pra me dá sede porque eu não sinto sede. Eu não vou dizer que eu bebia água, nem que bebo com vontade, porque eu não bebo. É forçado. 65171

E, na dimensão **valorativa**, foi identificada a categoria “Sensações desagradáveis por não conseguir urinar” referente ao conteúdo mencionado pelas pessoas idosas sobre a retenção urinária causar dor e por considerarem ser algo ruim, duro e horrível. A seguir, os trechos das falas que relatam a dimensão valorativa referente à retenção urinária:

É por isso que eu prefiro como eu estou. Correr para o banheiro de pressa do que não fazer. Não fazer é pior! Não fazer... 65001

Ah, deve ser muito triste, porque deve da dor horrível. [...] E banheiro de ônibus eu num gosto, porque é uma coisa horrível, né? Porque depois, num tem descarga aquilo vai fedendo o caminho inteiro. 65038

Aí você parece que tá querendo fazer xixi, que tá muito apertada e não saia praticamente nada, doía muito e ardia muito. 65091

Eu não tinha posição pra ficar, tava horrível. É uma coisa que num desejo pra ninguém [...] eu cheguei, tirei a roupa, e fiquei, fiquei, fiquei e nada. 65202

Na dimensão **imagética**, foram identificados os conteúdos nos fragmentos dos discursos dos participantes como o uso de chás, medicamentos, a ingestão de água para tratar a retenção urinária; presença de dor marcante e considerável; comorbidades relacionadas aos rins e próstata e infecções como cistite; e o uso de sonda em caso de retenção urinária. Os conteúdos imagéticos foram classificados em uma categoria “Retratação imagética da retenção urinária”. A seguir, fragmentos dos discursos dos participantes:

E eles vem aqui em casa tudo atrás de folha de algodão. Porque diz que a filha de algodão é muito bom pra essas coisas, né? [...] Mas eu imagino que deve sentir muita dor. [...] Muita dor. 65038

Então bebendo pouca água, como é que ele vai urinar? [...] Se ele não tem líquido, se ele não tem urina na bexiga. 65090

Eu tomo até remédio pra urina. Se eu ficar dois dia sem tomar urina sai, mas ela fica presa. 65123

Ai eu sei que tem doente que num faz xixi. [...] Aí, se num fizer xixi, tem que colocar a sonda pra tirar, né? [...] É... isso aí né, colocar a sonda pra tirar e ficar em observação, né. Pra ver o que vai acontecer mais vezes. 65149

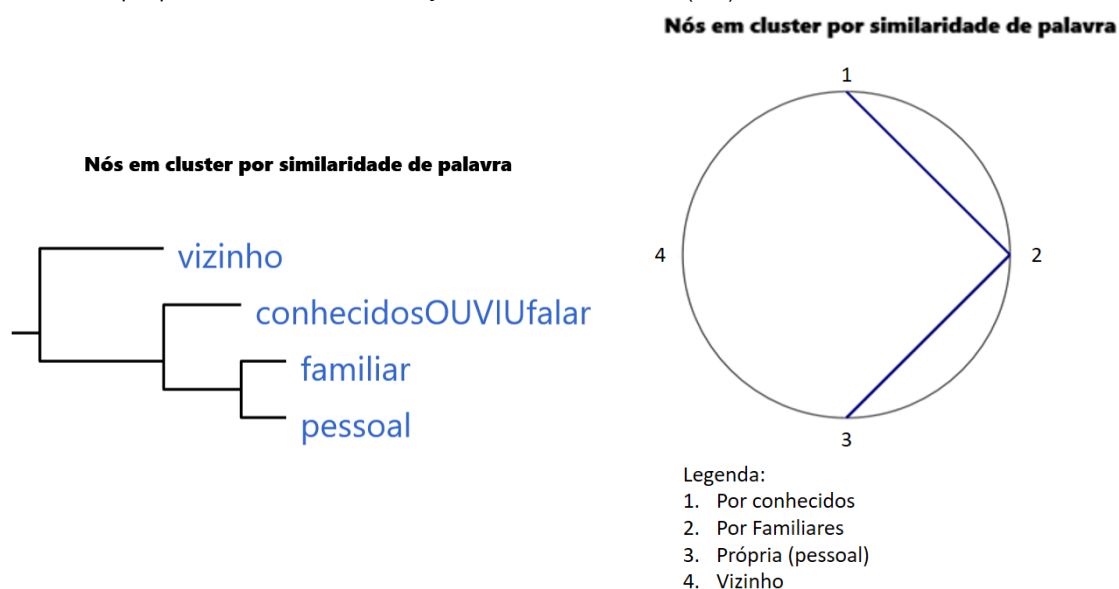
Ah...eu tenho uma vizinha minha. Mas ela num mora aqui não. [...] Tem, muita. É rins. Inclusive tá toda inchada. Hoje e ontem ela foi na UPA e hoje voltou lá de novo. 65168

Ôh, tô com problema de rins. [...] Ai, eu falei assim: vou tomar um chá de cana do brejo pra mim ver. Diz que num tem remédio, o remédio é só água né. Pois é, eu bebo água de noite, eu bebo água de dia, eu tenho que tá botando uma coisinha na boca pra me dá sede porque eu não sinto sede. [...] A minha filha. Ela foi no médico, falou que é cistite. Começo de cistite. [...] Ela sente dor. Muita dor. 65171

Ah, pode ser uma dor nessa....dos rins ou a próstata né. **65196**

No discurso dos participantes sobre retenção urinária, foi possível perceber a origem representacional sobre a retenção urinária. Essas origens constam do dendograma e no gráfico de círculo da **figura 30**.

Figura 30: Dendograma e Gráfico de Círculo sobre dimensões e origem das representações simbólicas elaboradas por pessoas idosas sobre retenção urinária. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Programa NVivoPro 11®

Para exemplificar a construção simbólica influenciada por **conhecidos ou pessoas que lhes contou, familiares e experiência própria**, constam a seguir fragmentos de discursos:

Por conhecidos ou pessoas que lhe contou sobre o assunto

Ai é que o rim para de funcionar né? [...] É, não consegue fazer xixi [...] Eu só vejo falar nos hospital. Quando vai visitar alguém né. **65147**

Ah eu já muita gente contar, que as vezes “panha” alguma doença e ai...e...e vaii no banheiro e...faz força pra urinar e não urina. Isso eu já vi algumas pessoas contar isso. **65166**

Por familiares

A minha irmã era assim, ela morreu já há muitos anos. Ela ia fazer até aquela... “diálise” que fala, né? **65001**

Ah! Pois é! Não mas que ... a minha neta, esse dia ... esses dia atrás, ela teve um “pobrema” mas é... como é que a gente fala: era uma infecção, né? É infecção renal, né? [...] Era renal não! É na... urinária. **65009**

Experiência própria

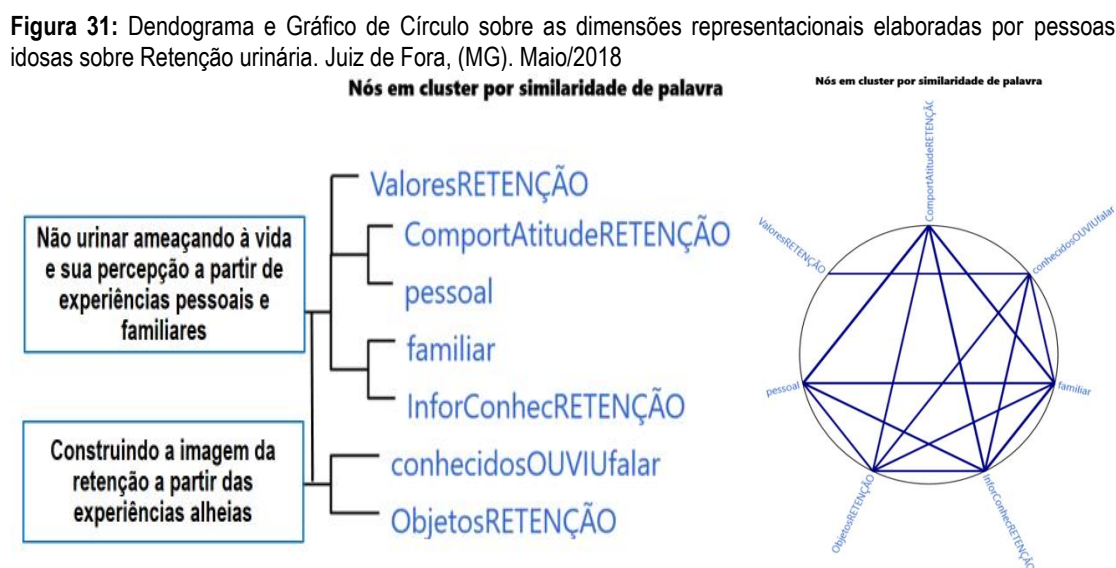
Ai eu fui (viajar). Ai eu tava com aquele pé inchado e tal e urinando muito pouco. A urina não saía, eu ia no banheiro não saía, eu ia no banheiro não saía, ia no banheiro não saía. **65202**

Vizinhos

Ah...eu tenho uma vizinha minha. Mas ela num mora aqui não, a mãe dela que mora. Tem muita dificuldade [...] Tem, muita. É rins. Inclusive tá toda inchada. Hoje e ontem ela foi na UPA e hoje voltou lá de novo. **65168**

Com base nos fragmentos de discursos dos participantes, foi possível perceber que a origem do conhecimento/experiência dos participantes com a retenção urinária se deu através de conhecidos, familiares, vizinhos e por experiência própria.

A partir das dimensões representacionais e da origem da retenção urinária, foi possível identificar duas categorias que permitem compreender qual a origem das construções simbólicas elaboradas pelos participantes a respeito da retenção urinária, a saber: 1) Não urinar ameaçando a vida e sua percepção a partir de experiências pessoais e familiares e 2) Construindo a imagem da retenção a partir das experiências alheias. Conforme consta na **Figura 31**, a seguir:



Na categoria intitulada “**Não urinar ameaçando a vida e sua percepção a partir de experiências pessoais e familiares**”, foi possível identificar fragmentos de discursos que se referem aos conteúdos compartilhados socialmente pelos participantes.

Dimensão Comportamental/atitudinal

*É, a, as vezes...é,é eu sinto a vontade de urinar é...e, e, e eu urino mas urino pouco. Ai eu procurei médico, né, pra saber. Urologista. Então eles mandou eu fazer um exame que chama ultrassonografia da bexiga. Ai eu tenho feito todo ano. Como um controle. Num da nada não, num tem nada. [...] Ah, é que o você sente a vontade de urinar. Mas a urina não sai. Ai você fica um pouco revoltado, né. [...] Porque queima um pouquinho, né?! **65090***

*Eu tirei a roupa toda, eu abri o chuveiro, eu fiz tudo. E uma vontade, uma dor de fazer xixi que eu não aguentava e eu fiz tudo e eu não conseguia, não saia xixi de jeito nenhum. [...] É melhor não por líquido pra dentro. Mas parecia que a minha bexiga tava com uns quatro litros de tanto que doía e aquela coisa presa, presa, presa e eu mordía, eu “pertava” os dedos e já não sabia o que fazer. [...] Ai, eu sai, mudei a roupa e saí arrasada. Falei: meu Deus! Minha filha me esperando, mãe conseguiu? Não Beltrana X nem com o chuveiro gelado em cima de mim eu consegui, comecei a chorar. **65202***

Dimensão valorativa

*Ah, deve ser horrível, né?! [...] Ah, sei lá, deve sentir uma coisa muito ruim porque, quer fazer uma coisa e não sai, né?! **65114***

*Pessoa que num consegue urinar deve ser triste, hein?! Deve ser muito triste. **65172***

Muita dor. 65200

Dimensão informativa/cognitiva

[...] A minha neta, esse dia ... esses dia atrás, ela teve um “pobrema”, mas é... como é que a gente fala: era uma infecção, né? É infecção renal, né? Mas foi coisa de passagem. [...] Não... até que ela fazia (urinava), mas só que tem que doía. 65009

Tem uma prima aqui em frente, que é casada com o primo do meu marido ela, ela tem esse “pobrema”, que ela num, num .. fica urinando muito pouco. Entendeu? [...] Bom, não sei, né?! Eles falam, mas a gente não entende, porque é coisa dos antigos, né? Eu tenho um pé algodão aqui em casa minha filha, “veve” sem folha, porque todo mundo busca. Vem pedir pra tomar. 65038

Meu marido parou de urinar, mas foi poucos dias que foi antes dele morrer. [...] Poucos dias que ele tava usando fralda, aí tirava a fralda dele tava enxuta. Paralisou a urina, mas foi poucos dias de morrer. [...] Pelo menos se urina para envenena o sangue. 65120

Por meio dos fragmentos dos discursos dos participantes nessa categoria, é possível perceber que eles possuem conhecimento sobre o assunto por meio da vivência próxima com familiares ou pela própria experiência com os sinais e sintomas referentes à dificuldade para urinar, exprimindo as sensações ruins advindas. Os participantes mencionaram que o uso de chás, medicamentos e os estímulos visuais e auditivos auxiliam no esvaziamento da bexiga e na resolução da questão.

Na categoria “**construindo a imagem da retenção a partir das experiências alheias**”, retratando a dimensão imagética com a experiência de terceiros, foram identificadas as seguintes falas de discurso:

Objetival

Que a pessoa num, que a urina não sai. Aí tem que procurar o médico, ou e tal pra introduzi uma cânula, né, uma coisa assim. 65163

Ah...eu tenho uma vizinha minha. Mas ela num mora aqui não. [...] Tem, muita. É rins. Inclusive tá toda inchada. Hoje à ontem ela foi na UPA e hoje voltou lá de novo. 65168

Os participantes mencionaram a necessidade de procurar um serviço e/ou um profissional de saúde em casos de retenção urinária e o uso de dispositivos para auxiliar no esvaziamento da bexiga.

A retenção urinária pode estar relacionada a alterações motoras, sensoriais, psicológicas a exemplo da ansiedade, obstrução da uretra, efeitos adversos de medicamentos (entre eles alguns fármacos antiarrítmicos, antidepressivos, hormônios, relaxantes musculares, opioides e medicamentos para Parkinson), impactação fecal, causas infecciosas e neoplásicas^{178; 179}. E como complicações apresenta a infecção do trato urinário (ITU), incontinência urinária e a incapacidade de contrair a bexiga, trazendo consequências para o trato urinário superior, com comprometimento dos rins²³.

Os cognemas “problema” e “doença” fazem menção às morbidades relacionadas a retenção urinária, a exemplo da Infecção do Trato Urinário (ITU) recorrente em pessoas idosas.

Concomitante ao aumento da idade, há o declínio progressivo na função renal e a micção ineficaz constitui em um fator que para a ITU. Esta condição tem implicações para o bem-estar, qualidade de vida e a capacidade da pessoa idosa de retornar às atividades do cotidiano de maneira independente e com autonomia^{23; 181}.

Em uma investigação, 550 participantes com diagnóstico de infecção urinária, 82,4% eram mulheres e a faixa etária mais afetada foi entre 26 a 38 anos. Tal fato foi comentado ao se correlacionar com o período fértil da mulher. Já nos homens, foi observado que com o aumento da idade há também o aumento dos casos de infecção urinária (17,5% dos casos de infecção urinária com idade compreendida 65 a 77)¹⁸².

Outro cognema alocado no possível núcleo central, “problema-nos-rins”, remete a doenças como a insuficiência renal, uma doença crônica, caracterizada pela redução da função renal, podendo apresentar como implicações a diminuição da diurese e a perda da homeostase interna do organismo¹⁸³.

Em uma investigação realizada com pessoas idosas em um serviço de hemodiálise no Paraná, 48,8% deles consideram mediana a qualidade de vida no momento da entrevista, já quando indagados sobre a satisfação com sua saúde, 70,7% referiram estar satisfeitos. Percebe-se que as pessoas idosas identificam a diminuição da qualidade de vida frente as particularidades da doença e do tratamento, porém reconhecem a hemodiálise como sendo a chance de sobreviver e manutenção do bem-estar¹⁸⁴.

O cognema “próstata” (alocado no QID) representa uma glândula presente nos homens situada entre a bexiga e o pênis que, com o avançar da idade, pode apresentar alterações em seu tamanho, consistindo nos casos de câncer de próstata¹⁸². De acordo com pesquisas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), o câncer de próstata é o segundo mais comum na população masculina e com maior ocorrência em homens acima de 50anos¹⁸⁶.

Em uma investigação que descreveu a mortalidade por câncer de próstata no Brasil teve como achados que em 1980 foram registradas 2.276 óbitos por câncer de próstata, chegando a 10.211 em 2005 e verificou-se que entre as idades de 70 a 89 anos, o coeficiente de mortalidade é acentuado, a cada 100.000 homens 129 morrem por câncer de próstata¹⁸⁷.

Em uma outra investigação ancorada na teoria das representações sociais foi possível identificar nas falas dos participantes que o câncer de próstata impossibilita o desenvolvimento de uma vida normal e esse fato se deve as manifestações clínicas da doença decorrentes das alterações fisiológicas. Segundo a investigação, a retenção urinária e a disúria foram as manifestações clínicas mais evidenciadas pelos participantes e decisivas para que os homens buscassem ajuda de um profissional de saúde¹⁸⁸.

“Antes eu não sabia o que eu sentia ao certo, mas hoje depois de tanto remédio já sei que a doença evoluiu e depois passa o problema da urina, mas enquanto isso a gente fica urinando fininho e dolorido [...] fica num ponto que a gente ficar urinando quase água quente no fogo, então passa a cortar a urina toda vez que a gente vai urinar; urina um pouco, aí ela corta, aí vem de novo, mas meus amigos aqui do hospital me disseram que esse problema de próstata é assim mesmo, impede a gente de ser normal, por isso tenho vergonha de ir pros lugares como eu ia, pois toda hora tenho que ir ao banheiro. Eu demorei para procurar o médico e quando procurei já tava avançado, tinha vergonha de me mostrar pro médico”. (P13)^{188:3889}

Ao se pensar no gênero como um fator transversal na temática das eliminações urinárias, os homens possuem maior risco de apresentar retenção urinária quando comparados com as mulheres da mesma idade, além de os homens apresentarem resistência em buscar o serviço de saúde para fins de promoção da saúde e prevenção de agravos¹⁷⁹.

Sobre o cognema “falta-de-água” (alocado no núcleo central), um possível quadro de desidratação foi discutido anteriormente na “continência urinária” e “constipação intestinal” e os achados corroboram com a reterção urinária.

Ao analisar o padrão de eliminação urinária foi possível identificar o surgimento de alterações as incontinências e as retenções. Elas tiveram percepções distintas segundo o gênero dos participantes e a forma de enfrentamentá-la foi diferenciada. Sua abordagem terapêutica é compatível com intervenções em nível de atenção primária a saúde, sendo possível identificar suas manifestações precoces, preveni-las, tratá-las ou fazer encaminhamentos articulando os níveis de atenção à saúde, sendo esse processo de triagem compatível com a atuação do profissional enfermeiro.

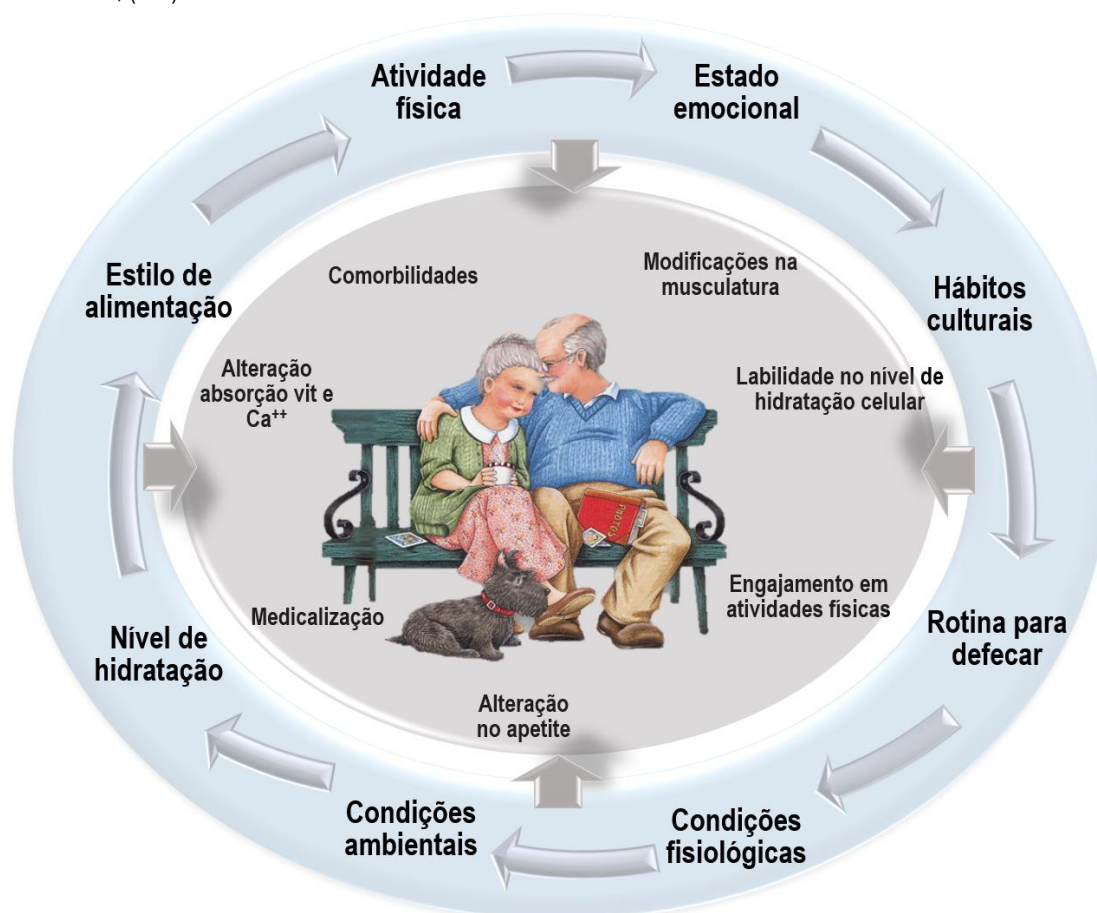
6.5 IMPLICAÇÕES DO PADRÃO INTESTINAL E URINÁRIO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO NEUMAN E LEININGER

Na presente investigação, foi possível identificar que o padrão de **eliminação intestinal** foi captado como um evento multidimensional influenciado por: estado emocional, hábitos culturais (rotinas e hábitos vinculados ao ato defecatório); condições fisiológicas (integridade e funcionalidade das estruturas corporais), comorbidades (agudas e/ou crônicas), condições ambientais (saneamento, privacidade e disponibilidade/acessibilidade a sanitário), nível de hidratação, estilo de alimentação e hidratação (consumo de fibras, quantidade de alimentos, tipo de alimentos ingeridos regularmente, alimentos industrializados), realização de atividade física, entre outros.

Sua ocorrência, com o avançar da idade, possui singularidades atreladas às peculiares do processo de envelhecimento justificadas por: modificações na musculatura e posição para defecação; labilidade no nível de hidratação celular; na capacidade de se engajar em atividades físicas; alteração no apetite e absorção de vitaminas e cálcio, além de aumento progressivo no número de medicamentos e doenças que podem alterar o fluxo intestinal.

Para sintetizar os fatores que interferem no padrão de eliminação intestinal normal na perspectiva do processo do envelhecimento humano, consta a seguir um esquema ilustrativo (Figura 32).

Figura 32: Esquema ilustrativo sobre fatores intervenientes no padrão de eliminação intestinal de pessoas idosas. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: As autoras.

A atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde pode constituir uma fonte de informação e esclarecimento de dúvidas para situações vinculadas ao padrão de funcionamento intestinal. Pode contribuir para a promoção de saúde, incorporação de valores e estímulo para adoção de hábitos saudáveis. Essas atividades podem ser executadas por ocasião do atendimento

motivado por busca dos próprios usuários na unidade de atendimento a que são adstritos ou por ocasião das visitas domiciliares.

Entre os parâmetros a serem avaliados por enfermeiro durante a realização do histórico de enfermagem numa perspectiva da abordagem das eliminações intestinais é possível identificar na taxonomia da NANDA I os seguintes diagnósticos de enfermagem (**Quadro 2**) com suas respectivas definições conceituais, fatores relacionados, características definidoras ou fatores de risco.

Quadro 2: Lista de diagnósticos de enfermagem passíveis de ser incluídos na abordagem do padrão de eliminação intestinal. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018.

NANDA I	Tipo	Definição	Fatores relacionados/risco e Características definidoras
Constipação	Real	Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.	<u>Fatores relacionados:</u> funcionais (atividade física diária média inferior à recomendada para a idade e o gênero; fraqueza dos músculos abdominais; hábitos de evacuação irregulares; hábitos de higiene íntima inadequados; ignorar habitualmente a urgência para evacuar; mudança ambiental recente), mecânicos (abscesso retal; aumento da próstata, desequilíbrio eletrolítico; doença de Hirschsprung; estenose retoanal, fissura retoanal, gravidez, hemorroidas; lesão neurológica; obesidade; obstrução intestinal pós-operatória; prolapso retal; retoccele; tumor; úlcera retal), farmacológicos (abuso de laxantes; agentes farmacológicos), fisiológicos (dentição inadequada, desidratação; hábitos alimentares inadequados; higiene oral inadequada; ingestão insuficiente de fibras; ingestão insuficiente de líquidos; motilidade gastrointestinal diminuída; mudança nos hábitos alimentares), psicológicos (confusão; depressão; perturbação emocional). Características definidoras: abdome distendido; anorexia; aumento da pressão intra-abdominal; borborigmo; cefaleia; dor à evacuação; dor abdominal; esforço para evacuar; fadiga; fezes duras e formadas; fezes líquidas; flatulência grave; incapacidade para defecar; indigestão; mecidez à percussão abdominal; massa abdominal palpável; massa retal palpável; mudança no padrão intestinal; ocorrências atípicas em adultos idosos (p. ex. mudança no estado mental, incontinência urinária); presença de fezes maciças e pastosas no reto; redução na frequência de fezes; redução no volume das fezes; ruídos intestinais hiperativos; ruídos intestinais hipoativos; sangue vivo nas fezes; sensação de preenchimento retal; sensação de pressão retal; sensibilidade abdominal sem resistência muscular palpável; vômito.
Risco de constipação	Risco	Vulnerabilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta que pode comprometer a saúde.	<u>Fatores de risco:</u> Funcionais (atividade física diária média é menor que a recomendada; fraqueza dos músculos abdominais; hábitos de higiene íntima inadequados; hábitos irregulares de evacuação; ignorar habitualmente a urgência para evacuar; mudança ambiental recente), mecânicos (Abscesso retal; aumento da próstata; desequilíbrio eletrolítico; doença de Hirschsprung; estenose retoanal; fissuras retoanais; gravidez; hemorroidas; lesão neurológica; obesidade; obstrução intestinal pós-operatória; prolapso retal; retoccele; tumor; úlcera retal), farmacológicos (agentes farmacológicos; sais de ferro; uso excessivo de laxantes), fisiológicos (dentição inadequada; desidratação; hábitos alimentares inadequados; higiene oral inadequada; ingestão insuficiente de fibras; ingestão insuficiente de líquidos; motilidade gastrointestinal diminuída; mudança nos hábitos alimentares), psicológicos (confusão, depressão, distúrbio emocional)
Constipação funcional crônica	Real	Evacuação de fezes infrequente ou difícil, presente há pelo menos três dos doze meses anteriores.	<u>Fatores relacionados:</u> acidente vascular encefálico; agente farmacológico; amiloidose; baixa ingestão calórica; câncer colorretal; costuma ignorar a urgência para defecar; dano ao períneo; demência; depressão; dermatomiosite; desidratação; diabetes melito; dieta com poucas fibras; dieta desproporcionalmente alta em gorduras; dieta desproporcionalmente alta em proteína; disfunção do assoalho pélvico; distrofia miotônica; doença de Hirschsprung; doença de Parkinson; doença intestinal inflamatória; escleroderma; esclerose múltipla; estenose anal; estenose cirúrgica; estenose isquêmica; estenose pós-inflamatória; estilo de vida sedentário; falha para melhorar; fissura anal; gravidez; hemorroidas; hipercalcemia; hipotireoidismo; ingestão alimentar insuficiente; ingestão de líquidos insuficiente; insuficiência renal crônica; lesão na medula espinhal; massa extra intestinal; mobilidade prejudicada; neuropatia autonômica; pan-hipopituitarismo; paraplegia; polifarmácia; porfiria; proctite; pseudo-obstrução intestinal crônica; tempo lento de trânsito colônico. Características definidoras: adultos: apresentar dois ou mais sintomas no sistema de classificação Critérios de Roma III; crianças ≤ 4 anos: apresentar dois ou mais sintomas no sistema de classificação Critérios de Roma III pediátrico durante 1 mês ou mais; distensão abdominal; dor ao defecar; esforço prolongado; impactação fecal; incontinência fecal; massa abdominal palpável; saída de fezes com estimulação digital; teste positivo para sangue oculto nas fezes; tipo um ou dois na escala de Bristol para consistência das fezes

Risco de constipação funcional crônica	Risco	Vulnerabilidade à evacuação infrequente ou difícil de fezes, presente há quase três dos 12 meses anteriores, capaz de comprometer a saúde.	<u>Fator de risco:</u> agentes antiparkinsonianos (anticolinérgicos ou dopaminérgicos); antagonistas do canal de cálcio; antiácidos com alumínio; antidepressivos tricíclicos; anti-epiléticos; anti-hipertensivos; anti-inflamatórios não esteroides (AINEs); depressão; desidratação; dieta com baixo teor de fibras; dieta desproporcionalmente alta em gorduras; dieta proporcionalmente elevada em proteínas; diuréticos; estilo de vida sedentário; falha em melhorar; ignorância habitual de urgência para defecar; ingestão de baixa caloria; ingestão alimentar diminuída; ingestão insuficiente de líquidos; mobilidade prejudicada; opioides; polifarmácia; preparados com ferro; pseudo-obstrução intestinal crônica; tempo lento de trânsito colônico.
Constipação percebida	Real	Autodiagnóstico de constipação combinado com abuso de laxantes, enemas e/ou supositórios para garantir um movimento intestinal diário.	<u>Fatores relacionados:</u> crenças culturais de saúde; crenças familiares de saúde; processos de pensamento prejudicados. <u>Características definidoras:</u> abuso de enemas; abuso de laxantes; abuso de supositórios; expectativa de evacuação no mesmo horário todos os dias; expectativas de movimento intestinal diário
Incontinência intestinal	Real	Mudança nos hábitos intestinais normais caracterizada por eliminação involuntária de fezes	<u>Fatores relacionados:</u> Abuso de laxantes; agentes farmacológicos; alteração na função cognitiva; anormalidade do esfíncter retal; aumento anormal da pressão abdominal; aumento anormal da pressão intestinal; capacidade do reservatório prejudicada; diarreia crônica; dificuldade no autocuidado para higiene íntima; diminuição geral no tônus muscular; esfíncter retal disfuncional; estressores; esvaziamento intestinal incompleto; fatores ambientais (p. ex., banheiro inacessível); hábitos alimentares inadequados; imobilidade; impactação; lesão colorretal; lesão em nervo motor inferior; lesão em nervo motor superior. <u>Características definidoras:</u> Desatenção à urgência para evacuar; incapacidade de expelir fezes formadas, apesar do reconhecimento de reto preenchido; incapacidade de reconhecer o preenchimento retal; incapacidade de retardar a evacuação; manchas de fezes na roupa de cama; manchas de fezes nas roupas; não reconhece a urgência para evacuar; odor fecal; passagem constante de fezes amolecidas; pele perianal avermelhada; urgência intestinal.

Fonte: NANDA I¹⁴

A existência de uma ligação entre os elementos que compõem um diagnóstico de enfermagem (fatores relacionados ou fatores de risco) e sua possível conexão com prováveis intervenções de enfermagem motivaram a seleção de algumas intervenções de enfermagem e sua ligação com parâmetros avaliativos para responder se as metas terapêuticas estabelecidas ao se traçar um diagnóstico de enfermagem foram ou não alcançadas e em que nível esse alcance ocorreu. Nesse sentido, consta a seguir a ligação entre o título de alguns diagnósticos vinculados ao padrão de eliminação intestinal com intervenções e resultados de enfermagem (**Quadro 3**).

Quadro 3: Ligação entre título de diagnósticos que retratam o padrão de eliminação intestinal com intervenções e resultados de enfermagem segundo taxonomias NIC e NOC respectivamente. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

PADRÕES DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL		
Constipação	Controle intestinal; treinamento intestinal; controle da constipação/impactação	Continência intestinal; eliminação intestinal
Risco de constipação	Controle intestinal; treinamento intestinal; controle da constipação/impactação	Continência intestinal; eliminação intestinal

continua

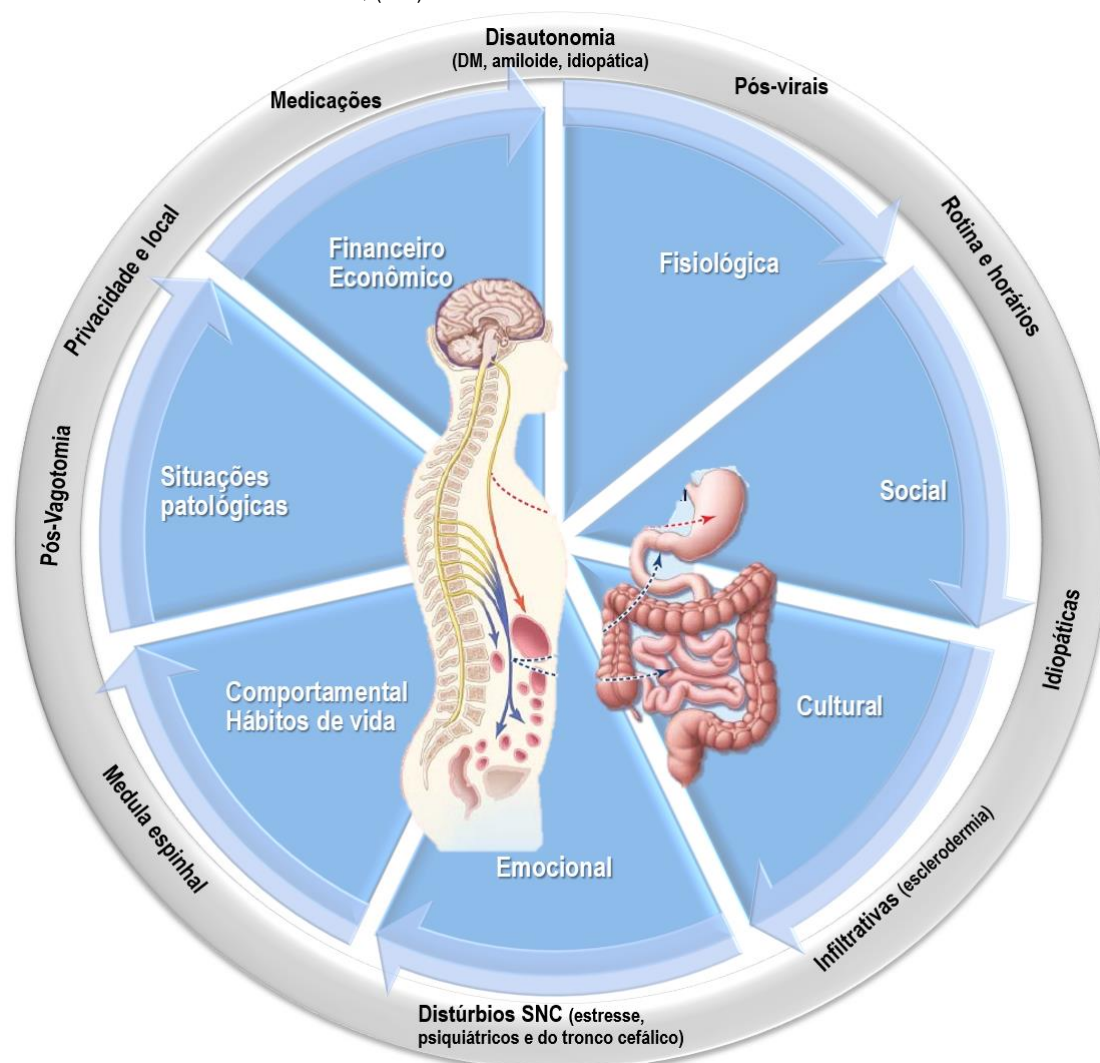
continuação		
Constipação funcional crônica	Controle intestinal; treinamento intestinal; controle da constipação/impactação	Continência intestinal; eliminação intestinal
Risco de constipação funcional crônica	Controle intestinal; treinamento intestinal;	Continência intestinal; eliminação intestinal
Constipação percebida	Controle intestinal; treinamento intestinal; controle da constipação/impactação	Continência intestinal; eliminação intestinal
Incontinência intestinal	Cuidados na incontinência intestinal; treinamento intestinal; exercícios para a musculatura pélvica; controle do prolapso retal	Continência intestinal; eliminação intestinal

Fonte: NANDA- I, NIC e NOC

Ao vincular tais informações com as características multidimensionais que envolvem o processo de evacuação e as peculiaridades com que ocorre na fase do envelhecimento humano, faz-se oportuno responder às seguintes indagações: Qual poderia ser a inserção do enfermeiro e sua equipe nesse evento? Qual a contribuição que o enfermeiro pode trazer na perspectiva de uma abordagem realizada na atenção primária à saúde? Como ela pode favorecer a promoção de saúde, a prevenção de agravos e o bem-estar para o processo de eliminação intestinal entre pessoas idosas?

Para responder a essas indagações a partir de uma reflexão sobre as respostas humanas identificadas nesta investigação e sintetizar os fatores que interferem (fatores relacionados ou etiológicos) sobre o padrão de eliminação intestinal normal na perspectiva do processo do envelhecimento humano, consta a seguir um esquema ilustrativo (**Figura 33**).

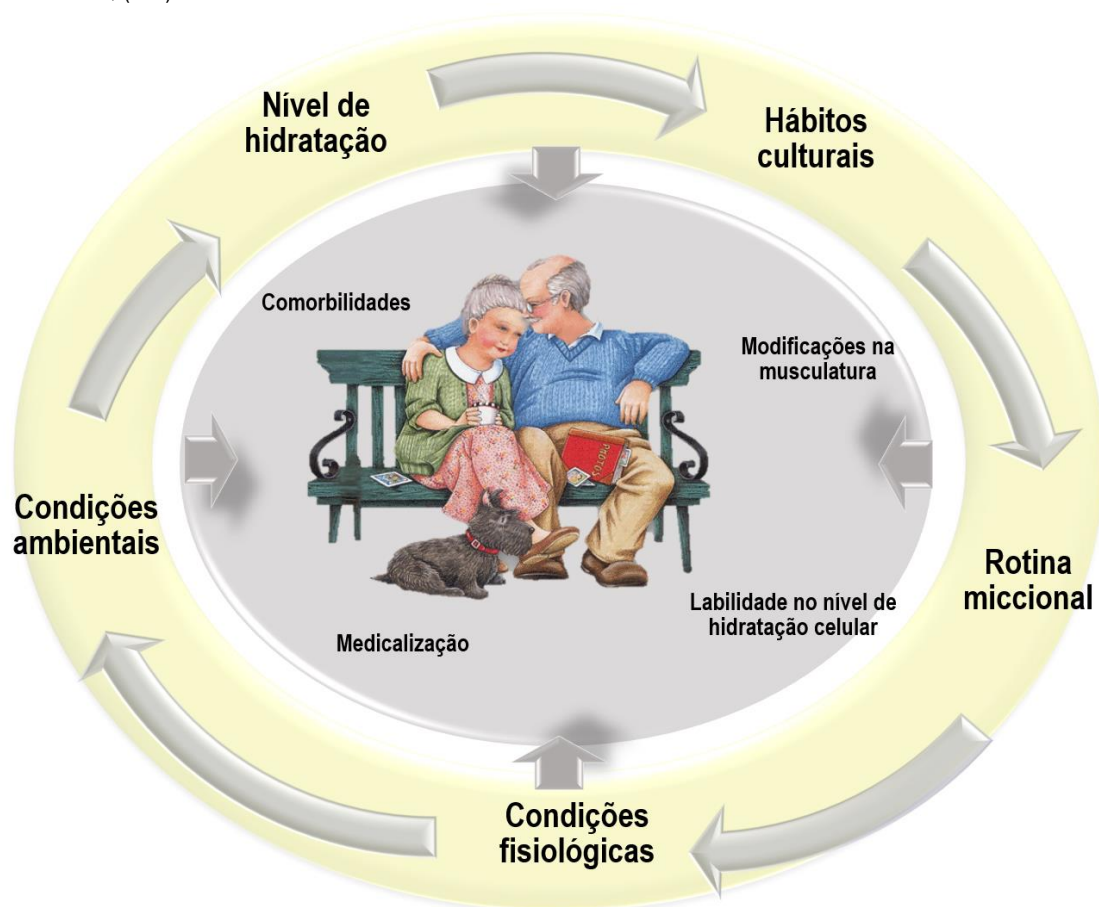
Figura 33: Fatores que interferem no padrão de eliminação intestinal normal na perspectiva do processo do envelhecimento humano. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: Esquema elaborado pelas autoras com apoio de figuras do google obtida no site: https://www.google.com.br/search?q=Idoso+evacuar+figura&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiQgcTbmIXaAhXCK5AKHSEYBaAQ_AUICigB&biw=1920&bih=959#imgrc=JD4qA8TUoiFpyM:

Para sintetizar os fatores que interferem sobre o padrão de eliminação urinária normal na perspectiva do processo do envelhecimento humano consta a seguir um esquema ilustrativo (Figura 34).

Figura 34: Esquema ilustrativo sobre fatores intervenientes no padrão de eliminação intestinal de pessoas idosas. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018



Fonte: As autoras.

Foram identificados como concepções conceituais e pragmáticas para a determinação de diagnósticos de enfermagem passíveis de ser abordados por enfermeiro ao realizarem o histórico de enfermagem, direcionando para o padrão de eliminação urinária (**Quadro 4**)

Quadro 4: Lista de diagnósticos de enfermagem passíveis de serem incluídos na abordagem do padrão de eliminação urinário. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

NANDA I	Tipo	Definição	Fatores relacionados/risco e Características definidoras
Disposição para eliminação urinária melhorada	Bem-estar	Padrão de funções urinárias para satisfazer as necessidades de eliminação que podem ser reforçadas	CD: Expressa desejo de melhorar a eliminação urinária
Eliminação urinária prejudicada	Real	Disfunção na eliminação de urina.	FR: Dano sensorio-motor; infecção no trato urinário; múltiplas causas; obstrução anatômica. CD: Disuria; frequência; hesitação; incontinência urinária; nictúria; retenção urinária; urgência urinária.
Incontinência urinária de esforço	Real	Perda repentina de urina com atividades que aumentam a pressão intra-abdominal.	FR: aumento na pressão intra-abdominal; deficiência intrínseca do esfíncter uretral; enfraquecimento da musculatura pélvica; mudanças degenerativas da musculatura pélvica. CD: Perda involuntária de pequeno volume de urina (p. ex. ao tossir); perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de contração do detrusor; Perda involuntária de pequeno volume de urina na ausência de distensão excessiva da bexiga.
Incontinência urinária de urgência	Real	Perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar.	FR: capacidade vesical diminuída; consumo de álcool; hiperatividade do detrusor, com prejuízo na contratilidade da bexiga; impactação fecal; infecção da bexiga; ingestão de cafeína; regime de tratamento; uretrite atrófica; vaginite atrófica. CD: incapacidade de chegar ao banheiro a tempo de evitar perda de urina; perda involuntária de urina com contrações na bexiga; perda involuntária de urina com espasmos na bexiga; urgência urinária.
Risco de incontinência urinária de urgência	Risco	Vulnerabilidade à passagem involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar e que pode comprometer a saúde.	FR: consumo de álcool; contratilidade da bexiga prejudicada; hábitos de higiene íntima ineficazes; hiperatividade do detrusor com contratilidade da bexiga prejudicada; impactação fecal; pequena capacidade vesical; regime de tratamento; relaxamento involuntário do esfíncter; uretrite atrófica; vaginite atrófica.
Incontinência urinária funcional	Real	Incapacidade da pessoa que é geralmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar perda não intencional de urina.	FR: alteração em fatores ambientais; alteração na função cognitiva; enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico; prejuízo neuromuscular; transtorno psicológico; visão prejudicada. CD: capaz de esvaziar completamente a bexiga; incontinência urinária cedo pela manhã; tempo entre sensação de urgência e a capacidade de chegar ao banheiro é muito curto; perda de urina antes de alcançar o banheiro; sente desejo de urinar.
Incontinência urinária reflexa	Real	Pedra involuntária de urina a intervalos de certa forma previsíveis, quando um determinado volume, na bexiga, é atingido.	FR: dano neurológico acima do nível do centro de micção sacral; dano neurológico acima do centro pontínio da micção; dano tecidual. CD: ausência de urgência para urinar; ausência de sensação de bexiga cheia; ausência de sensação para esvaziar a bexiga; esvaziamento incompleto da bexiga com lesão acima do centro pontino da micção; incapacidade de inibir voluntariamente o esvaziamento da bexiga; incapacidade de iniciar voluntariamente o esvaziamento da bexiga; padrão previsível de esvaziamento da bexiga; sensação de enchimento da bexiga; sensação de urgência para urinar sem inibição voluntária de contração vesical.
Incontinência urinária por transbordamento	Real	Perda involuntária de urina associada à distensão excessiva da bexiga.	FR: dissinergia detrusor/esfíncter externo; hipocontratibilidade do detrusor; impactação fecal; obstrução da uretra; obstrução do colo da bexiga; prolapso pélvico grave; regime de tratamento. CD: distensão da bexiga; elevado volume residual após micção; noctúria; perda involuntária de pequenos volumes de urina.

Retenção urinária	Real	Esvaziamento vesical incompleto	FR: alta pressão uretral; bloqueio do trato urinário; esfíncter muito potente; inibição do arco reflexo. CD: distensão vesical; eliminação urinária ausente; eliminação urinária pequena; frequência; gotejamento; incontinência por transbordamento; sensação de bexiga cheia; urina residual.
-------------------	------	---------------------------------	---

Fonte: NANDA I¹⁴

Nota das autoras: FR: fator relacionado ou Fator de Risco e CD: características definidoras.

Ao buscar uma aproximação entre as taxonomias NANDA, NIC e NOC para abordar a forma como as pessoas idosas vivenciam as eliminações intestinais e urinárias, foi possível acessar o domínio dois, intitulado “Saúde Fisiológica”. Neste estão alocadas as classes das “eliminações”, com as seguintes abordagens: continência intestinal, continência urinária, eliminação intestinal, eliminação urinária e função renal⁹⁰.

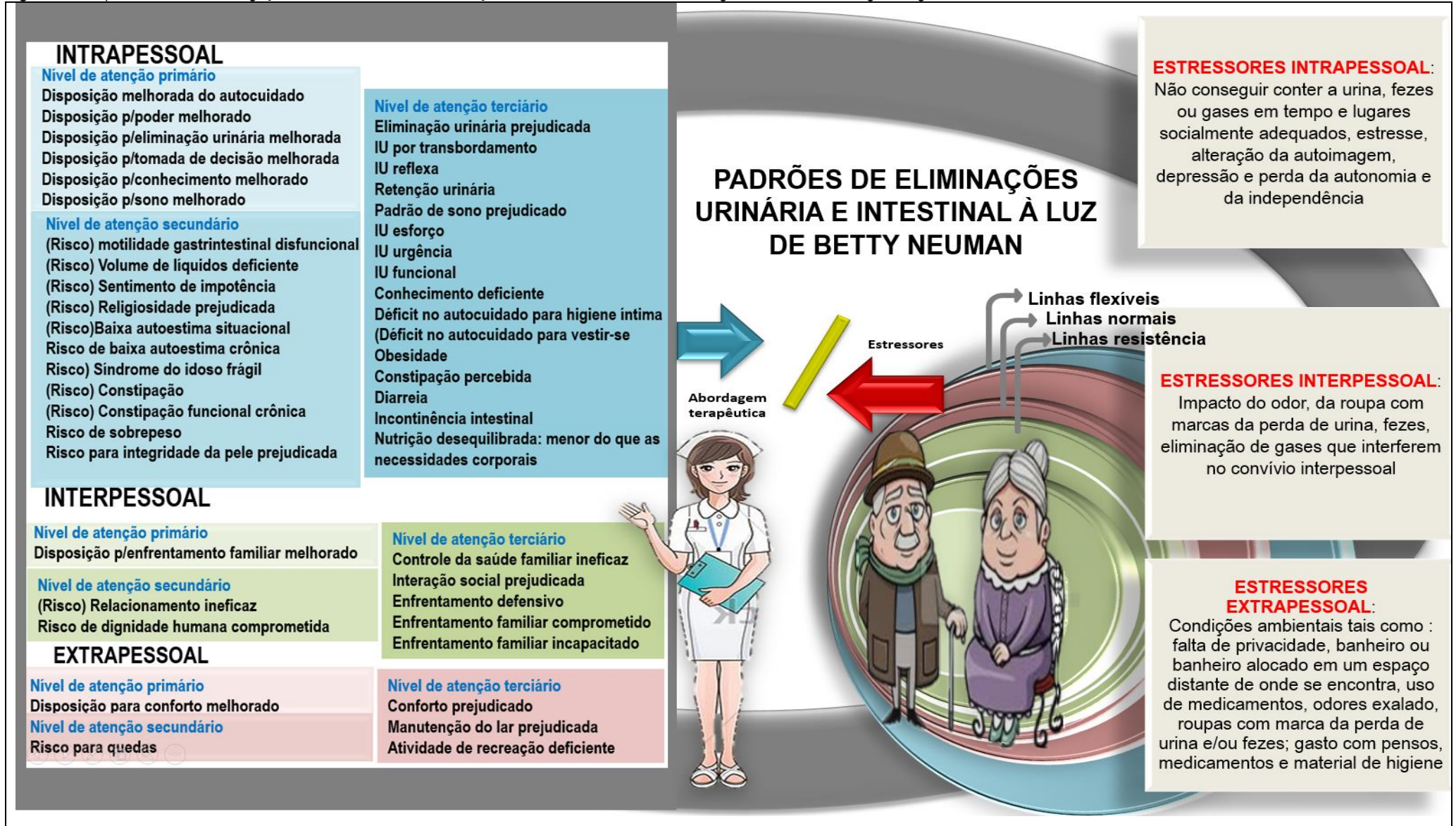
Quadro 5: Ligação entre título de diagnósticos que retratam o padrão de eliminação urinária com intervenções e resultados de enfermagem segundo taxonomias NIC e NOC respectivamente. Juiz de Fora, (MG). Maio/2018

PADRÕES DE ELIMINAÇÃO URINÁRIA		
NANDA I	NIC	NOC
Disposição para eliminação urinária melhorada	Controle da eliminação urinária	Continência urinária; eliminação urinária
Eliminação urinária prejudicada	Micção induzida e cuidados na retenção urinária ou cuidados na incontinência urinária e exercícios para musculatura pélvica; controle da eliminação urinária; treinamento vesical.	Continência urinária; eliminação urinária; função renal.
Incontinência urinária de esforço	cuidados na incontinência urinária; controle da eliminação urinária; exercícios para musculatura pélvica; treinamento vesical.	Continência urinária; eliminação urinária
Incontinência urinária de urgência	cuidados na incontinência urinária; controle da eliminação urinária; exercícios para musculatura pélvica; treinamento vesical; treinamento vesical.	Continência urinária; eliminação urinária
Risco de incontinência urinária de urgência	cuidados na incontinência urinária; controle da eliminação urinária; exercícios para musculatura pélvica; treinamento vesical; treinamento do hábito urinário.	Continência urinária; eliminação urinária
Incontinência urinária funcional	cuidados na incontinência urinária; controle da eliminação urinária; exercícios para musculatura pélvica; treinamento vesical.	Continência urinária; eliminação urinária
Incontinência urinária reflexa	cuidados na incontinência urinária; controle da eliminação urinária; exercícios para musculatura pélvica; treinamento vesical.	Continência urinária; eliminação urinária
Incontinência urinária por transbordamento	cuidados na incontinência urinária; controle da eliminação urinária; exercícios para musculatura pélvica; treinamento vesical	Continência urinária; eliminação urinária
Retenção urinária	Micção induzida; cuidados na retenção urinária; controle da eliminação urinária; irrigação vesical, se necessário; cuidados com sondas: urinária.	Continência urinária; eliminação urinária; função renal

Fonte: NANDA- I, NIC e NOC

Ao aproximar os padrões de eliminações intestinais e urinárias da Teoria de Betty Neuman, foi possível identificar situações consideradas estressoras de origem intrapessoal, interpessoal e transpessoal e relacioná-las aos diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA I. (Figura 35).

Figura 35: Esquema ilustrativo da ligação entre os Padrão de eliminações intestinais e urinárias e os diagnósticos de enfermagem segunda a NANDA- I à luz da teoria de Neuman. Juiz de Fora, Maio 2018.



Fonte: Releitura da temática à luz da Teoria de Neuman. Material produzido pelas autoras.

No modelo teórico de Neuman há três níveis de atuação, são eles: nível primário, nível secundário e nível terciário. No nível primário há uma menor probabilidade de encontrar estressores e ele fortalece a linha flexível de defesa, a linha mais distante. O enfermeiro poderá intervir de forma a evitar que o estressor penetre na linha normal de defesa (ações de promoção e prevenção de agravos).

No nível secundário, há a descoberta precoce do caso, sendo necessário as intervenções de enfermagem com vistas ao tratamento dos sintomas afim de fortalecer as linhas de resistência (retomar o equilíbrio do sistema). E no nível terciário, ocorre a readaptação, reeducação para evitar ocorrências de estressores futuros (fortalecimento das linhas de resistência). O enfermeiro atua na manutenção e recomposição da estabilidade do sistema.

Os estressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são condições capazes de desestabilizar o sistema energético da uma pessoa que na presente investigação trata-se de pessoas idosas, sendo por isso responsável pelo processo de adoecimento. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro identificar quais as possíveis situações ou circunstâncias que podem atingir as linhas de defesa (flexível, normal ou de resistência) e determinar o alcance dos estressores sobre essas linhas e, de posse dessas informações, realizar o planejamento de intervenções terapêuticas que sejam capazes de restaurar a estabilidade do sistema energético.

Na busca por sinalizar quais os estressores identificados na presente investigação a partir dos resultados triangulados apresentados anteriormente, a seguir está apresentada uma síntese dos mesmos conforme consta na **Figura 35**.

Foram estressores intrapessoais as incontinências, o uso de medicações, as roupas molhadas ou sujas de urina ou fezes respectivamente, o reconhecimento da incapacidade de controlar as perdas de urina ou fezes e a dificuldade de manter um padrão de eliminações em local e tempo socialmente adequados, o esforço evacuatório em casos de constipação e o surgimento de emergência em caso de retenção urinária.

Entre os estressores interpessoais foram identificados os odores de urina ou fezes, o constrangimento de se ver urinado ou evacuado, a necessidade de uma pessoa para a higiene das roupas pessoais, de cama ou de banho e para fornecer o apoio na troca das roupas e o desejo de esconder o evento das incontinências.

E, para exemplificar estressores de origem transpessoal, foram apontados a inexistência ou a incerteza de dispor de um ambiente com banheiro disponível em caso de necessidade, os odores do ambiente domiciliar, a utilização de locais reservados para a acomodar roupas sujas de forma transitória até que o destino da higienização das mesmas seja definido.

Todas essas situações foram consideradas como condições capazes de afetar as linhas de defesa flexíveis, normais ou, por vezes, de resistência. Do ponto de vista da análise da atuação do enfermeiro e sua equipe, essas situações constituem evidências de respostas humanas capazes de sinalizar espaços em que a atuação profissional do enfermeiro se faz necessária.

O fato de os transtornos nos padrões de eliminações urinárias e intestinais, por vezes, serem interpretados pelas pessoas idosas como parte integrante dessa fase da vida é capaz de gerar uma banalização do problema, motivar formas de enfrentamento que não impactam favoravelmente a qualidade sobre os anos vividos. Por isso essa temática constitui um assunto que justifica uma releitura de sua existência na prática de enfermagem à luz de ações terapêuticas de caráter preventivo e de promoção da saúde que se mostram compatíveis que sua abordagem no nível de atenção primária à saúde.

Por serem os padrões de eliminações intestinais e urinárias normais ou com alteração necessidades humanas básicas inseridas no cotidiano dos indivíduos, ancoradas e objetivadas socialmente, cabe uma releitura de sua existência à luz da Teoria de Madelaine Leininger devido à aderência da temática para sua pertinência cultural.

A micção, enquanto um hábito fisiológico culturalmente delineado a partir de um processo educativo individual, solitário e reservado, apresenta uma conformação diferenciada para o gênero, fato evidenciado pela existência de modelos de banheiros distintos destinados aos homens e as mulheres.

Um exemplo é o *designer* dos mictórios masculinos, que permitem a publicização do ato de urinar entre os homens, o que não ocorre entre as mulheres, cujos banheiros projetados em cabines individuais, sem a possibilidade de visualização de terceiros. No que tange ao ato defecatório, há semelhança nos modelos sociais de banheiros para homens e mulheres, apesar de sua configuração social ser acrescida da concepção de algo sujo, fedorento, que deve ser descartado isoladamente.

Nesse sentido, descrever os componentes culturalmente elaborados e compartilhados a respeito do ato miccional e evacuatório ao longo da história de uma pessoa permite compreender que o fato de uma criança desenvolver o controle esfinteriano para micção e evacuação, perceber a umidade morna da urina e descobrir o bolo fecal pode constituir uma aprendizagem prazerosa quando não censurada e bloqueada por valores culturais. Isso justifica que o ato defecatório seja interpretado por componentes que retratam a dimensão valorativa de caráter depreciativo e comportamental em maior proporção que o ato miccional.

As modificações de posições utilizadas para viabilizar os atos defecatório e miccional ao longo da história também constituem evidências da influência cultural sobre os padrões de

eliminações intestinal e urinário. Ao analisar a anatomia desses eventos quando realizados de cócoras e compará-los com a angulação da extremidade terminal do intestinal grosso, sigmoide e reto, é possível identificar a perda funcional decorrente dos hábitos culturais.

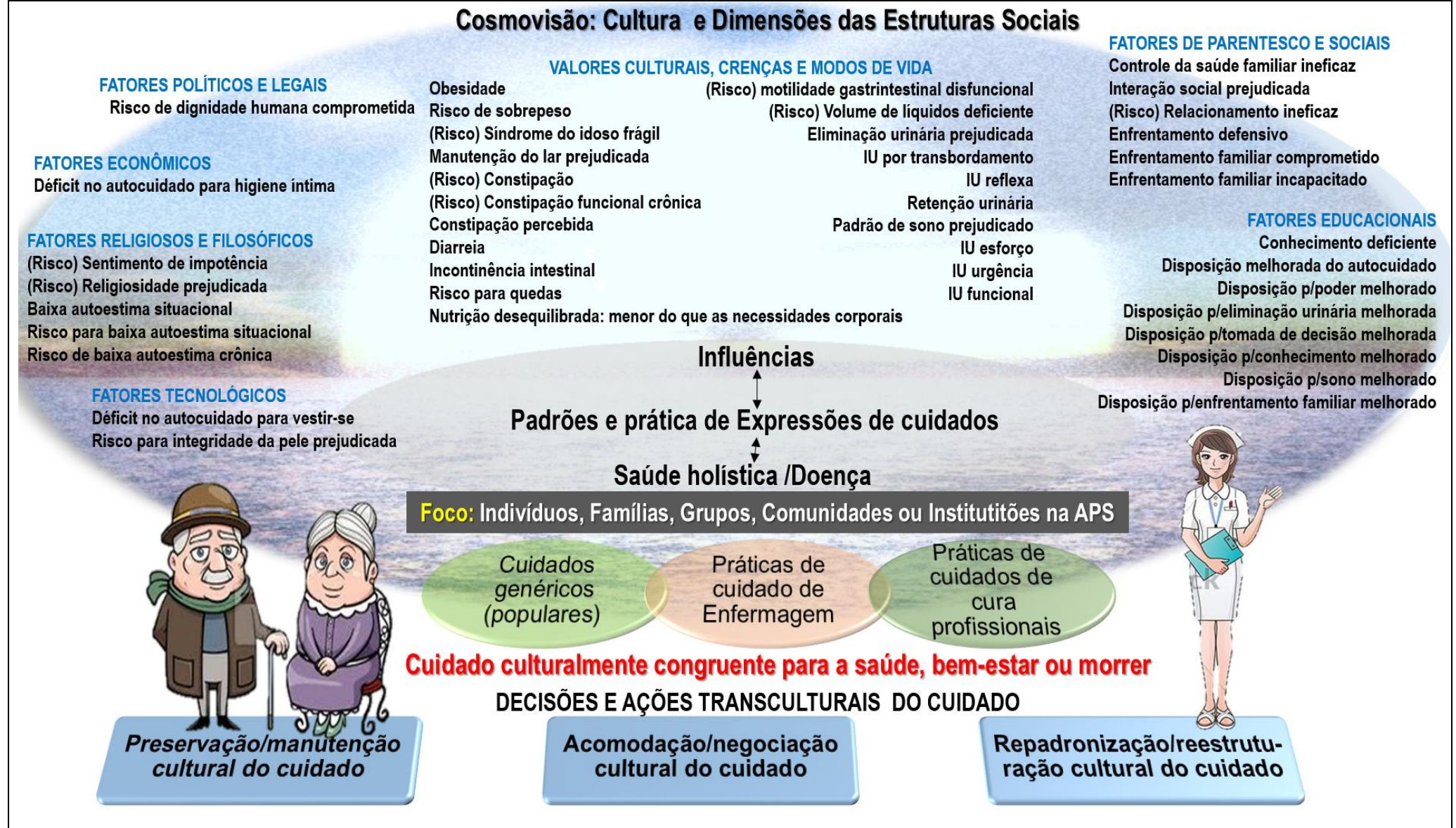
Por isso a atuação do enfermeiro é capaz de, na medida em que essas variáveis são consideradas, mediar condutas terapêuticas com hábitos culturalmente consolidados no sentido de reduzir distorções e favorecer a adequação de condutas: maximizar hábitos que agreguem qualidade aos padrões de eliminações intestinais e urinárias e direcionar um diagnóstico que inclua orientações de hábitos e estilo de vida que possam beneficiar hábitos normais de eliminações por meio de pactuação e remodelagem de condutas saudáveis.

Considerando que a utilização de uma teoria de enfermagem quando aplicada a uma temática possibilita a organização das informações dentro de um arcabouço teórico conceitual filosófico compatível com a proposta teórica é possível afirmar que a aproximação de dois referenciais teóricos distintos é possível de ser utilizado na prática clínica ou de investigação. Isso por que uma teoria, dependendo dos conceitos e relações conceituais estabelecidas permitem alocar um mesmo conteúdo em estruturas conceituais distintas. Isso faz com que o processo de coleta de dados para duas teorías distintas, explicita a ênfase dado a uma informações em detrimento de outra sem a necessidade de excluir a informação sobre um indivíduo, família ou coletividade.

Ao aplicar a analogia de uma teoria de enfermagem a um “armário” (ref) as informações a serem armazenadas nos estruturas simbólicas representadas pelas “portas e gavetas” podem coincidir ou divergir, dependendo do enfoque dado pela teoria para o local de armazenamento da informação. Isso equivale a dizer que, uma mesma informação poderá estar alocada em “portas/gavetas” semelhantes ou distintas a depender do perfil dos usuários e/ou do enfoque temático pretendido.

Ao aproximar a Teoria de Leininger para a temática da presente investigação foi possível elaborar um esquema ilustrativo que faz menção as sete dimensões da estrutura cultural (fatores tecnológicos; fatores religiosos e filosóficos; fatores de parentesco e sociais; valores cultura, crenças e modos de vida; fatores políticos e legais; fatores econômicos e fatores educacionais) com os padrões de eliminações intestinal e urinário de pessoas idosas (**Figura 36**).

Figura 36: Esquema ilustrativo da ligação entre os Padrão de eliminações intestinais e urinárias e os diagnósticos de enfermagem segunda a NANDA- I á luz da teoria de Leininger. Juiz de Fora, Maio 2018.



Fonte: Releitura da temática à luz da Teoria de Madelaine Leininger. Material produzido pelas autoras.

O fato de a proposta de Leininger apresentar a transculturalidade como pressuposto de sua estruturação teórica e esse fato aliado a divergência existente na forma das pessoas se cuidarem quando comparado ao cuidado profissional, remete a necessidade do enfermeiro incluir durante a assistência com os usuários, o planejamento de proposta terapêutica individualizada e adequada para o contexto cultural, crenças e hábitos de cada pessoa.

Por isso, planejar as decisões e ações transculturais do cuidado na concepção de Leininger pressupõe: o conhecimento da forma de cuidar culturalmente instituída pelo indivíduo, família ou comunidade e a pactuação e negociação cultural da proposta terapêutica em a busca pela repadronização de hábitos e estilo de vida.

Nesse sentido a **figura 36**, busca aproximar os padrões de eliminações intestinal e urinário dos potenciais problemas de enfermagem segundo a dimensão cultural apresentada na proposta de Lieninger.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o padrão de eliminações intestinais e urinárias de 186 pessoas idosas abordadas no domicílio, foi possível caracterizá-las como: a maioria mulheres (66,7%), com mais de 75 anos (65-97 anos), 52,9%; pele branca (54,8%); com companheiro (49%), com renda familiar menor que três salários mínimos (77,9%), católicos (66,7%); com três a cinco filhos (43,1%). A ocorrência de doenças autorreferidas foi de 89,2%, entre as quais se destacam: hipertensão arterial (60,8%), artrite e/ou artrose (27,4%), diabetes (24,7%), osteoporose (21%) e cardiovascular (14,5%), sendo o uso de remédio referido por 92,5% e por tempo superior a cinco anos e menor que 15 anos (33,8%) e baixa escolaridade, de uma a quatro anos (52,1%).

O padrão de eliminação intestinal foi caracterizado como: trânsito intestinal normal (76,4%); sugestivas de trânsito intestinal lento (19,3%) e de trânsito intestinal rápido (4,3%). Os conteúdos representacionais do ato defecatório foram expressos por sentimentos negativos e vinculados às condições ambientais e sociais para o atendimento das demandas intestinais. A constipação foi considerada uma alteração no organismo, motivadora para medicalização e mediada por hábitos pessoais, cujos registros de diário de campo corroboraram essas impressões.

A abordagem processual do padrão de eliminação intestinal possibilitou obter as seguintes categorias para incontinência anal, emergiram dos discursos duas categorias, a saber: 1) (Des)controle das evacuações e o banheiro e 2) O rastro da incontinência e necessidade de ocultamento/controle, e, para a constipação intestinal, emergiram as categorias: 1) Estratégias de enfrentamento da Constipação e 2) Convivendo com a constipação e compartilhando experiências para superá-la.

O padrão de eliminação urinário avaliado na perspectiva do nível de hidratação, caracterizado por urina de coloração clara dos tipos 1 a 3 (71%); referiram urina escura do tipo 7 (1,1%) sugestiva de possível desidratação. A prevalência de incontinência urinária foi de 46,8% e o impacto na qualidade de vida aferido na escala ICIQ-SF aplicada a homens e mulheres foi de 28,7% ausente e 24,1% moderado. Na escala KHQ aplicada em de mulheres os domínios que apresentaram scores sugestivos de alteração na qualidade de vida foi o domínio 1 e o domínio 9.

Ao responder as hipóteses de investigação foi possível: recusar a hipótese de nulidade de H1, uma vez que as pessoas idosas perceberam que as alterações no padrão de eliminações urinário e fecal foram comprometedoras para sua qualidade de vida; recusar a hipótese de nulidade de H2, uma vez que a prevalência de incontinência urinária entre os participantes foi de 46,8% e rejeitar a hipótese de nulidade de H3, uma vez que a prevalência de alterações no padrão de eliminação intestinal segundo a escala de Bristol foi de 23,6%.

A abordagem estrutural das representações sociais para o funcionamento intestinal possibilitou identificar como ponto comum para sua condição fisiológica, para a incontinência anal e a constipação o componente de cognema “ruim”, que retrata uma concepção coletiva das eliminações intestinais como algo valorado negativamente. A análise do uso da abordagem estrutural no funcionamento urinário possibilitou identificar uma divergência na concepção coletiva da micção normal que foi concebida como a habilidade de continência ou sua incapacidade e desconforto ou complicado quando o adiamento é necessário. Por outro lado foi cognema comum para a incontinência e a retenção urinária os cognemas “problema” e “doença”.

A abordagem processual possibilitou identificar as seguintes categorias: para **incontinência urinária**, emergiram as categorias: 1) (Des)controle urinário, busca pelo banheiro e o convívio com a incontinência e 2) Marcas da incontinência urinária decifradas nos outros e conhecimentos populares; e, para a abordagem da **retenção urinária**, foram identificadas as categorias: 1) Não urinar ameaçando a vida e sua percepção a partir de experiências pessoais e familiares e 2) Construindo a imagem da retenção a partir das experiências alheias.

Tanto os fragmentos dos discursos obtidos pela abordagem processual quanto os elementos simbólicos advindos da técnica de associação livre de palavras desencadeada por termos indutores, quando reunidas com os resultados do estudo seccional permitiram a convergência das informações corroborando para uma compreensão de como os padrões de eliminação urinário e intestinal são percebidos individualmente e coletivamente pelas pessoas com idade ≥ 65 anos que foram abordadas em domicílio.

Isso por que foi possível compreender como os padrões de eliminações intestinais e urinárias se manifestam no contexto do cotidiano de pessoas idosas na perspectiva individual e de um grupo socialmente constituído. Essas informações permitiram identificar fatores estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais, bem como componentes culturais originados de impressões próprias, com familiares e terceiros cuja implicação permite identificar possíveis áreas de atuação do enfermeiro no nível de atenção primária à saúde.

A trajetória metodológica e o referencial conceitual, filosófico e teórico foram coerentes e favoreceram a identificação de algumas respostas humanas das pessoas idosas diante do padrão de eliminação intestinal e urinário. Tais conteúdos permitiram compreender que há desconhecimento, desinformação, conflitos e dificuldade para a adesão dos participantes para práticas saudáveis vinculadas aos padrões de eliminações intestinal e urinário.

Considerando que algumas dessas dificuldades e inconsistências podem ser abordadas pelo cuidado de enfermagem compatível com sua realização na APS por meio de ações

culturalmente contextualizadas de promoção de saúde, a redução de riscos, agravos e vulnerabilidade e o encaminhamento para outros níveis de atenção á saúde.

Dessa forma, é possível dizer que a presente investigação trouxe como contribuição: diagnóstico situacional social, uma releitura dos padrões de eliminações intestinais e urinárias captados a partir da dimensão social em um recorte para pessoas idosas que permite compreender como essa população lida com e concebe as eliminações intestinais e urinárias e as informações apresentadas podem contribuir para uma reflexão de gestores, de políticas públicas para um cuidado individualizado e contextualizado socialmente para a APS. O recorte da presente investigação não contemplou a avaliação dos tipos de incontinência anal e seu delineamento não é passível de ser transposto a outra realidade.

7 REFERÊNCIAS ¹

- 1 GOULART, F. A. D. A. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. p. 92, 2011.
- 2 BRASIL.; IBGE. **Censo Demográfico 2010: Sinopse.** Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=313670&idtema=1&search=minas-gerais>>. Acesso em: 15 Jun.: 2014.
- 3 MORAES, E. N. D. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.**, Brasília (DF): Organização Pan-americana de Saúde, 2012,
- 4 ORGANIZATION, W. H. **Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde.** Suíça. WHO: OPAS/OMS, 2005: 60
- 5 PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. D.; EIDT, O. R. O processo de envelhecimento e a vulnerabilidade individual, social e programática. **Revista de Enfermagem**, v.1, n.1, p. 19-31, 2013. ISSN 2317-6075.
- 6 MOREIRA, M. M. O. O Envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014. ISSN 1980-5519.
- 7 BRASIL; SAÚDE, M. D. **Portaria nº 2.528** de 19 de Outubro de 2006. Aprova a política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>> Acesso em: 16 maio 2016.
- 8 SAÚDE, O. M. D. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Genebra: OMS: 2015.
- 9 ORGANIZATION, W. H. **Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde** Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde. Suíça. WHO: OPAS/OMS, 2005: 60
- 10 PINTO, P. F. **Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física:** análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas. **[Tese Doutorado]**. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Portugal, 2014.
- 11 DE ARAÚJO, A. P. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; JUNIOR, J. M. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas consequências para o organismo humano. **Biológicas & Saúde**, v. 4, n. 12, p. 22-34. 2014.

¹ Citações elaboradas segundo modelo ABNT sistema numérico pelo ENDnote Web.

- 12 SILVA, V. A.; D' ELBOUX, M. J. Atuação do enfermeiro no manejo da incontinência urinária no idoso: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.5, p.1221-1226, 2012.
- 13 SOUZA, L. C.; ARREGUY-SENA, C. **Incontinência anal e diagnósticos de enfermagem: determinantes, prevalência, e representações sociais**. [Dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de enfermagem da UFJF- Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, p. 1-129, 2015.
- 14 HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **NANDA I. Nursing Diagnoses: Definitions and Classificaton 2015-2017**. 10 ed. Oxford: Willey Blackwell, 2014.
- 15 LONGSTRETH, G. F. E. A. Functional bowel disorders. **Gastroenterology**, v.130, n.5, p.1480-1491. 2006.
- 16 NESELLO, L. Â. N.; TONELLI, F. O.; BELTRAME, T. B. Constipação intestinal em idosos frequentadores de um Centro de Convivência no município de Itajaí-SC. 2011; **Ceres: nutrição & saúde**, v.6, n.3, p.151-162, 2011.
- 17 GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiología médica**. 12 ed. Elsevier, 2011. p.1216. ISBN 9788535237351.
- 18 ROSE, S. **Constipation: a practical approach to diagnosis and treatment**. USA: Springer, 2014. 182 p. 2014.
- 19 CATTO-SMITH, A. G. **Constipation - Causes, Diagnosis and Treatment**. Croatia: InTech, 2012. ISBN 978-953-51-0237. Disponível em: < <http://www.intechopen.com/books/constipation-causes-diagnosis-and-treatment> >.
- 20 JOHANSON, J. K.; LAFFERTY, J. Epidemiology of Fecal Incontinence: The Silent Affliction. **American Journal of Gastroenterology**. Bethesda. v.91, n.1, p.33- 36, 1996.,
- 21 MESSELINK, B. et al. Standardization of Terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction: Report from the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society. **Neurourology and Urodynamics**. West Sussex, v.24, p.374-380, 2005.,
- 22 NG, K. et al. Fecal incontinence: community prevalence and associated factors- a systematic review. **Diseases of the Colon & Rectum**, v.58, n.12, p.1194-1209, 2015.
- 23 VIRDI, G.; HENDRY, D. Urinary Retention: Catheter Drainage Bag or Catheter Valve? **Currente Urology**, v.9, p.28-30, 2015.
- 24 ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed: 2011. 568p. ISBN 978-85-363-2399-2.
- 25 JUSTO, D. et al. Asymptomatic urinary y retention in elderly women upon admission to the Internal Medicine Departamente: a prospective study. **Neurourology and Urodynamics**. v.36, p.794-797, 2017.

- 26 ABRAMS, P.; CARDOSO, L.; FALL, M. E. A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. **Urology**, v.61, n.1, p.37-49, 2003.
- 27 IRWIN, D. E. E. A. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of The EPIC Study. **European Urology**, v.50, n.6, p.1306-1315, 2006. ISSN 0302-2838
- 28 SUMARDI, R., ET AL. Prevalence of urinary incontinence, risk factors and its impact: multivariate analysis from Indonesian nationwide survey. **Acta medica Indonesiana** , v.46, n.3, 2016.,
- 29 MARTINS, N. A.; ARREGUY-SENA, C. **Pessoas idosas e incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem** [Dissertação] Juiz de Fora: Faculdade de enfermagem da UFJF- Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem, p. 1-142, 2014.
- 30 BENÍCIO, C. D. A. V. **Prevalência e fatores de risco de incontinência urinária em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.** [Dissertação] Teresina: Universidade do Piauí. 2014.
- 31 ZIZZI, P. T. et al. Força muscular perineal e incontinência urinária e anal em mulheres após o parto: estudo transversal. **Rev Esc Enferm USP**, v.51, p.e03214, 2017.
- 32 YPI, S. O.; AL, E. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. **Am J Obstet Gynecol**, v.208, n.2, p.146.e1-146.e7, 2013.
- 33 SANTANA, S. et al. A relação entre Incontinência Urinária e o Isolamento Social em Mulheres Idosas. **Memorialidades**, n.23, p. 151-164, 2015.
- 34 MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.** 2ed., 2011.
- 35 MENDES, C. K. T. T. et al. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica da saúde sobre envelhecimento. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v.33, n.3, 2012.
- 36 CECILIO, L. C. O. et al. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v.1, p.197-210.
- 37 MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Texto extraído de: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte- Reescrevendo o Público; Ed. Xamã, São Paulo, 1998.
- 38 KNOX, P. L.; MARSTON, S. A.; IMORT, M. **Human geography: Places and regions in global context.** Pearson, 2016. In: Chapter 1 Introduction to the World Geography, p.74.
- 39 **Sustentabilidade do Planeta Terra.**
<http://planetaterrasustentabilidade.blogspot.com.br/2017/04/populacao-e-transicao-demografica.html> 2017.

- 40 FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.847-852, 2014.
- 41 DA SILVA, E. F. et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1029-1040, 2013.
- 42 SAÚDE, B. M. D. Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS. **Portaria Nº 4.279**. 2010.
- 43 BRASIL, C. N. S. S. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS: 2015. 127p. ISBN 978-85-8071-024-3.
- 44 FERNANDES, M. G. M. et al. Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos num ambulatório de geriatria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.16, n.2, p.297-303, 2014. ISSN 1518-1944.
- 45 PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2489-2498, 2015. ISSN 1678-4561.
- 46 MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.4, p.599-608, 2014.
- 47 CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.6, p.1217-1229, 2013.
- 48 MENDONÇA, L. B. A.; LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? **Esc. Anna Nery**, v.16, n.2, p.340-346, 2012.
- 49 OLIVEIRA, C. R.; IRIGARAY, T. Q.; ESTEVES, C. Desempenho de idosos com e sem sintomas depressivos no WCST-64. **Avaliação Psicológica**, v.15, n.1, 2016 ISSN 2175-3431.
- 50 HIGA, R.; LOPES, M. H. B. D. M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4, p.422-8, 2005.
- 51 BRASIL; CNE. **Resolução 3 de 2001**. Brasília (DF): Conselho Nacional Educação. Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União: 1-37 p. 2001.
- 52 ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.1, 2008.
- 53 PENNA, C. M. M.; VIEGAS, S. M. F. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.19, n.55, p.1089-100.

- 54 BRASIL, M. S. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- 55 GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Fiocruz. Rio de Janeiro: 1100
- 56 BRASIL, M. D. S. **Lei nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em 28 de março de 2017.
- 57 _____. **Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 28 março de 2017.
- 58 _____. **Lei 11.433 de 28 de dezembro de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm>. Acessado em 28 de março de 2017.
- 59 _____. **Lei 12.213 de 20 de Janeiro de 2010**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm>. Acessado em 28 de março de 2017.
- 60 VILELA, T. C.; ARREGUY-SENA, C. **Rede de Apoio para pessoas idosas abordadas em domicílio: estudo de método misto**. [Dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem da UFJF. Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem. 2016.
- 61 DIAS, E. G. et al. As Atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.25, n.3, p.225-232, 2014.
- 62 ROSA, T. S. M., & BRAZ, M. M. Risco de quedas em idosos com incontinência: uma revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n.1, p.161- 173., ISSN 2176-901X.
- 63 SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais de saúde**. Edições Loyola. 2006. ISBN 85-15-02553-1.
- 64 ILHA, S. et al. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/ saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v.8, n,2, p.4231-4242, 2016. ISSN 2175-5361.
- 65 BRASIL, M. D. S. **Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (Princípios e diretrizes)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2008.
- 66 HEITOR, S. F. D. et al. Fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes na zona rural. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.4, p.948-55, 2013. ISSN 1518-1944.

- 67 ARAÚJO, G. T. B. **O custo da incontinência urinária no Brasil**. Experiência de serviço de Uroginecologia da UNIFESP [Dissertação]. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, 2009.
- 68 IUAMOTO, L. R. et al. Transplante de órgãos pélvicos: uma nova proposta de tratamento para incontinência fecal e urinária. **Revista de Medicina**, v.94, n.1, p.36-45, 2015.
- 69 GARCIA, L. B. et al. Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.9, n.1, p.153-162, 2016.
- 70 MARTINS, J. R.; SENA-ARREGUY, C. **Processo de Envelhecimento da fase adulta-idosa: Políticas Públicas, Redes de Apoio e Demandas de Cuidados**. [Dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem, Mestrado em Enfermagem. 2016.
- 71 BARBOSA, J. M. M. **Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal**. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2006.
- 72 FERREIRA, L. L.; MARINO, L. H. C.; CAVENAGHI, S. Intervenção fisioterapêutica na incontinência fecal no idoso. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.37, n.3, p.168-172, 2012.
- 73 SOBRADO, C. W. et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. **Journal of Coloproctology**, 2018.,
- 74 BECK, D.E, et al. **The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery: Second Edition**. DOI 10.1007/978-1-4414-1584-9-1. Springer Science, Business Media, 2011.
- 75 WESCHENFELDER, Á. J. et al. Prevalência de incontinência urinária e seu impacto sobre a qualidade de vida de idosos: estudo comparativo entre meio urbano e meio rural. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v.19, n.3, p.67-77, 2016.
- 76 QUADROS, L. B. et al. Prevalência de incontinência urinária entre idosos institucionalizados e sua relação com o estado mental, independência funcional e comorbidades associadas. **Acta fisiátrica**, v.22, n.3, p.130-134, 2016.
- 77 SANTOS, K. F. O. **Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária** [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. Programa de pós-graduação de Enfermagem, 2013.
- 78 AZEVEDO, M. et al. Avaliação da predominância da incontinência anal nos partos vaginais e cesáreos. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v.15, n.2, p.101-106, 2017.
- 79 BENÍCIO, C. D. A. V. et al. Incontinência urinária: prevalência e fatores de risco em mulheres em uma Unidade Básica de Saúde. **Estima**, v.14, n.4, p.161-168, 2016.

- 80 FARIA, C. A. et al. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuárias do Sistema Único de Saúde no Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.37, n.8, p.374-80, 2015.
- 81 SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.2, p.221-4, 2007.
- 82 SILVA, E. G. C., DE OLIVEIRA, V. C., NEVES, G. B. C., GUIMARÃES, T. M. R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.6, p.1380-1386, 2011.
- 83 MATA, L. R. F. D. et al. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.6, 2012.
- 84 BRASIL. **Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. COFEN. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Coordenação de Sistemas de Informação.
- 85 BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 272 de 2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde brasileiras. Brasília-DF, 2002.
- 86 _____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação. Brasília-DF, 2009.
- 87 VALCARENCHI, R. V. et al. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos às cirurgias urológicas. **Rev. Rene**, v.16, n.1, p.72-80, 2015.
- 88 BUSANELLO, J. et al. Assistência de Enfermagem a portadores de feridas: Tecnologias de cuidado desenvolvidas na Atenção Primária. **Rev Enferm UFSM**, v.3, n.1, p.175-184, 2013.
- 89 BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- 90 MOORHEAD, S. et al. **NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 5ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- 91 BRAGA, C. G.; CRUZ, D. D. A. L. M. The Taxonomy II proposed by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Revista latino-americana de enfermagem**, v.11, n.2, p.240-244, 2003. The Taxonomy II proposed by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Revista latino-americana de enfermagem**, v.11, n.2, p.240-244, 2003.

- 92 TRINDADE, L. R., DA SILVEIRA, A., FERREIRA, A. M., FERREIRA, G. L. Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.5, n.2, p.267-277, 2015.
- 93 GORDON, M. **Manual of nursing diagnoses**. 12ed. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury- Canada, 2010.
- 94 ARREGUY-SENA, C.; STUCHI, R. A. G. **Bouldin's theory applied to the learning-teaching of theoretical contents and NANDA I, NIC e NOC taxonomies**. Miami (EUA): Conference NANDA International 2008 [audiovisual material produced by the authors] 13-15 nov 2008.
- 95 GEORGE, J. B. **Nursing theories : the base for professional nursing practice**. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall, 2002. ISBN 0838571107 9780838571101.
- 96 ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; PAGLIUCA, L. M. F. *Sunrise Model: Análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis*. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.1, p.130-5, 2007.
- 97 CRUZ, D. J. L. et al. Cuidado cultural e doenças crônicas: análise da relação entre Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural e as necessidades da assistência de Enfermagem no tratamento de doenças crônicas. **Caderno de Pesquisa**, v.20, n.1, 2013.
- 98 MICHEL, T. et al. As práticas educativas em enfermagem fundamentadas na teoria de Leininger. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.1, p.131-7, 2010.
- 99 NEUMAN, B.; FAWCETT, J. **The Neuman Systems Model**. 5ed. Pearson, 2011 . p.425. ISBN 100135142776.
- 100 TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e sua Obra**. 5ed. Lusociência: Loures, 2004. ISBN 972-8383-74-6.
- 101 SILVA, G. A. G. O. **Construção do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem com base em Linguagem CIPE: Um percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria**. [Dissertação] Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. 2012.
- 102 LIMA, F. D. M. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.28, n.3, 2014.
- 103 MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. ISBN 8532628966 9788532628961.
- 104 ABRIC, J. C. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (org). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- 105 **SÁ, C. P.**de. Núcleo central das **representações sociais**. Editora vozes. 1996

- 106 ALMEIDA, A. M. O. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado, Brasília**, v.24, n.3, p.713-737, 2009.
- 107 PALMONARI, A. A importância da Teoria das Representações Sociais para a Psicologia Social. In: ALMEIDA, A.M.O.; JODELET, D (orgs). **Representações Sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus, 2009.
- 108 CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. Abordagem Estrutural e Componente Afetivo das Representações Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p.435-445, 2003.
- 109 BANCHS, M. A. Alternativas de apropiación teórica: abordaje procesual y estructural de las representaciones sociales. In: CASADO, E.; CALONGE, S. **Conocimiento Social y sentido comum**. Fondo Editorial de Humanidades y Educacion Universidad Central de Venezuela. 2001.
- 110 JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito coletivo e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, v.24, p.679-712, 2009.
- 111 FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comun**, v.25, n.1, p.129-136, 2013.
- 112 FERNANDES, J. S. G.; ANDRADE, M. S. Representações sociais de idosos sobre a velhice. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.68, n.2, p.48-59, 2016.
- 113 RUIZ-MORENO, L. et al. Mapa Conceitual: ensaiando critérios de análise. **Ciência e Educação**, v.13, n.3, p.453-463, 2007.,
- 114 BRASIL. **População estimada 2016**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=313670>>. Acesso em 30 março 2017.
- 115 BRASIL; IBGE. **Dados censitários 2010**. Brasil. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/sinopseporsetores>. Acessado em 20Jun2015.: 2010.
- 116 BRUNETTE, W. et al. **Open Data Kit 2.0: expanding and refining information services for developing regions**. Proceedings of the 14th Workshop on Mobile Computing Systems and Applications: ACM, 2013. 10p.,
- 117 ARMSTRONG, L. E. et al. Urinary indices of hydration status. **International Journal of sport nutrition**, v.4, n.3, p.265-279, 1994.
- 118 MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.3, 2012.
- 119 TAMANINI, J. T. N. et al. Validação do " King's Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária., **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 44-438, 2004.

- 120 _____ . Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form" (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**, v.38, n.3, p.438-44.
- 121 LEWIS, S. J.; HEATON, K. W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v.32, n.9, p.920-924, 1997.
- 122 CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).**[Tese] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, p.1-148,1997.
- 123 AVERY, K.; DONOVAN, J.; ABRAMS, P. Validation of a new questionnaire for incontinence (the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICI-Q)). **Neurourol Urodyn** . 20 : 510–512, 2001.
- 124 VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l' analyse des evocations.** Version 2. Aix-en-Provence (França): LAMES, 2000.
- 125 CASSETTARI, R. R. B., ET AL. COMPARAÇÃO DA LEI DE ZIPF EM CONTEÚDOS TEXTUAIS E DISCURSOS ORAIS. **El profesional de la información** , v.24, n.2, 2015.
- 126 WACHELKE, J.W.R. Critérios de construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2011.
- 127 LEME, M. A. V. S; BUSSAB, V. S. R; OTTA, E. A representação social da Psicologia e do Psicólogo. **Psicologia: ciência e profissão** , v.9, n.1, p.29-35, 1989.
- 128 DA SILVA, D.P.A.; FILHO, D.B.F; DA SILVA, A.H. O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**. V.24, n.2. p.119-134, 2015 . ISSN 0104-7094.
- 129 MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2012.
- 130 FONTANELLA, B. J. B., ET AL. Amostragem em pesquisas qualitativas: propostas de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.2, p.389-394, 2011.
- 131 LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality : a worldwide nursing theory.** Second Edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2006. ISBN 0763734373 9780763734374.
- 132 BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:< <http://sites.uefs.br/portal/sites/cep/menu/resolucao-cns-no-466-12-revoga-a-resolucao-196-96> >.
- 133 SILVA, M. A. et al. Prevalência de incontinência urinária e fecal em idosos: estudo em instituições de longa permanência para idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento** , v.21, n.1, 2016.

- 134 Ministério da Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. .
- 135 BRASIL, IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades de Federação**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acessado em maio 2018.,
- 136 TOMAZ, V. **História do Bairro São Pedro**. Juiz de Fora: Diário Regional Digital. 2017. Disponível em: <http://diarioregionaljf.com.br/2017/05/20/historia-do-bairro-sao-pedro/>.
- 137 DRESCH, F. K. et al. Condição de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família. **Revista Conhecimento Online** , v.2, p.118-127, 2017.
- 138 PINHEIRO, A. et al. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. 2017.
- 139 DE OLIVEIRA, L. P. B. A; DOS SANTOS, S. M. A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** , v.50, n.1, p.163-174, 2016.
- 140 CHIANCA, T. C. M et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem** , v. 66, n.2, 2013.
- 141 HONNETH, A. Observações sobre a reificação. **Revista de Ciências Sociais**, v.8, n.1, 2008.
- 142 ZALEWSKI, L.D, et al. Impacto da função intestinal sobre o perfil antropométrico e alimentar de idosos independentes. **Rev Bras Nutr Clin**, v.31, n.2, p.129-35, 2016.
- 143 NAVARRO, A. C. et al. Avaliação do hábito intestinal e ingestão de fibras alimentares em uma população de idosos. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v9., n.49, p.1-11, 2013.
- 144 HERRMANN, K. J et al. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** , v.18, n.4, 2015.,
- 145 Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília (DF); 2014.
- 146 PICH, P. C. et al. Avaliação do trânsito intestinal em relação ao estilo de vida em idosos de um clube de terceira idade. **Journal of Health Sciences** , v.15, n.3, 2015.
- 147 ZASLAVSKY, C., ET AL. Incontinência anal: tratamento clínico em serviço de saúde pública de Porto Alegre, Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.58, n.3, p.220-224, 2014.
- 148 WU, J., ET AL. Urinary, fecal, and dual incontinence in older US adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.63, n.5, p.947-953, 2015.

- 149 CARTER, D. Conservative treatment for anal incontinence. **Gastroenterology report**, v.2, n.2, p.85-91, 2014.
- 150 PAIVA, G. S.; MONTEIRO, A. R. M. Manifestações de estresse em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.5, n.2, p. 9-16, jul./dez. 2004.
- 151 LACH, G, et al. Envolvimento da flora intestinal na modulação de doenças psiquiátricas. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde** , v. 29, n. 1, p. 64-82, 2017.
- 152 PEREIRA, V. C. **Literatura e abjeção: um estudo da imagem das fezes na obra de Rubem Fonseca**. [Dissertação]. Pós graduação em ciência da literatura. Universidade Federal do Rio de Janeiro. p.1-136, 2009.
- 153 EREKSON, E. A. et al. Functional disability among older women with fecal incontinence. **American journal of obstetrics and gynecology** , v. 212, n. 3, p. 327. e1-327. e7, 2015.
- 154 ZASLAVSKY, C. et al. Epidemiologia da incontinência anal em população assistida em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, Brasil. **Revista da AMRIGS** , v. 56, n. 4, p. 289-294, 2012.
- 155 LOPES, F. S. et al. Efeitos de farelo alimentar fibroso produzido a partir da linhaça em indivíduos com constipação intestinal. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável** , v. 10, n. 1, p. 213-217, 2015.,
- 156 COURA, M. M. A. **Ultrassonografia endoanal tridimensional na avaliação de mulheres incontinentes: significado do grau de defeito esfíncteriano na gravidade da incontinência fecal**. [Dissertação] Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, 2016.
- 157 KOLOSKI, N. A. et al. Impact of persistent constipation on health-related quality of life and mortality in older community-dwelling women. **The American journal of gastroenterology** , v.108, n.7, p.1152, 2013.
- 158 PEREIRA, L.F. S. et al. Prevalência de Aditivos em Alimentos Industrializados Comercializados em uma Cidade do Sul de Minas Gerais/Prevalence of Additives in Processed Food Marketed in a South City of Minas Gerais. **Revista Ciências em Saúde** , v. 5, n. 3, p. 46-52, 2015.,
- 159 BELELI, C.AV et al. Efeito do galactooligossacarídeo sobre os sintomas de constipação. **Jornal de Pediatria** , v. 91, n. 6, 2015.
- 160 GIANCOLA, F. et al. Downregulation of neuronal vasoactive intestinal polypeptide in Parkinson's disease and chronic constipation. **Neurogastroenterology & Motility** , v. 29, n. 5, 2017
- 161 HENN, G. et al. **Constipação intestinal**. Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa. 2017. .

- 162 BATASSINI, E. **Incidência e fatores associados à constipação: coorte prospectiva de pacientes adultos críticos**. [Dissertação] Universidade Federal do Rio grande do Sul, p.76 , 2017.
- 163 COSTA, E. R. G. A **desidratação no idoso** . [Dissertação] Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, p.58, 2015.
- 164 GOMES, C. M; HISANO, M. **Anatomia e Fisiologia da micção**. Urologia Fundamental. 1ed., São Paulo: Planmark editora, p. 29-36, 2010.
- 165 DE SOUSA, A.V. A et al. Ocorrência de infecção do trato urinário em cobradoras de ônibus. **Comunicação médica: um atributo em extinção** , v.8, n.5, p.411-5, 2010.
- 166 HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário: ITU. **Revista da Associação Médica Brasileira** , 2003.
- 167 ORTEGA, D. D; GUIMARÃES, S. A; DA SILVA, S. N. N. **Espaço-corpo e espaço-casa: o controle e o autocontrole redefinindo as relações sociais e transformando costumes e hábitos**. 2012
- 168 S/autor. **Banheiros Domiciliares**. Capítulo 7, p.1-37. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/10697/10697_8.PDF.
- 169 RODRIGUES, A. D. **Visões sobre o processo de submissão e resistência entre senhor e escravo negro**. Universidade da Paraíba, 2014.
- 170 SOUZA, C. M. et al. Prevalência da incontinência urinária em idosos de Porto Alegre-RS. **Geriatrics, Gerontology and Aging** , v.8, n.2, p.104-109, 2014.
- 171 BUCKLEY, B. S.; LAPITAN, M. C. M. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children—current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. **Urology** , v.76, n.2, p.265-270, 2010.
- 172 IRWIN, D. E. et al. Symptom bother and health care-seeking behavior among individuals with overactive bladder. **European urology** , v. 53, n. 5, p. 1029-1039, 2008.
- 173 LANGONI, C. S.; et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. **Fisioterapia e Pesquisa** , v.21, n.1, p.74-80, 2014.
- 174 SABOIA, D. M., et al. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. **Rev Esc Enferm USP** , v.51, p. e03266, 2017.
- 175 KHANDELWAL, C; KISTLER, C. Diagnosis of urinary incontinence. **Am Fam Physician** , v. 87, n. 8, p. 543-50, 2013.
- 176 KOCAK, I. et al. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. **European urology** , v.48, n.4, p. 634-641, 2005.

- 177 LASSERRE, A., et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. **European urology** , v.56, n.1, p. 177-183, 2009
- 178 ZEZI, B; CAMARGO, H.S ; DE SOUZA, J. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em mulheres no período pós-menopausa. **Revista FisiSenectus** , v.4, n.2, p.12-21, 2017.
- 179 THORNE, M. B; GERACI, S. A. Acute urinary retention in elderly men. **The American journal of medicine** , v.122, n.9, p. 815-819, 2009
- 180 MAZZO, A. et al. Validação de escala de autoconfiança para assistência de enfermagem na retenção urinária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** , v. 23, n. 5, 2015.
- 181 CHOWDHURY, A. et al. Urinary Tract Infection Management in Elderly People: Approach Beyond the Pills and Needles. **Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal** , v.16, n. 1, p.3-6, 2017
- 182 IAS, I. O. V.; COELHO, A. M; DORIGON, I. Infecção do trato urinário em pacientes ambulatoriais: prevalência e perfil de sensibilidade aos antimicrobianos em estudos realizado de 2009 a 2012. **Saúde (Santa Maria)**, v.41, n.1, p.209-218, 2015.
- 183 NEPOMUCENO, F. C. L. et al. Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. **Saúde em Debate** , v.38, p.119-128, 2014.
- 184 TAKEMOTO, A. Y. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de enfermagem** , v.32, n.2, p.256, 2011.
- 185 DE SOUSA, M. C. P. et al. Aspectos psicossociais associados aos exames de câncer de próstata em idosos. **Revista Interdisciplinar** , v.7, n.3, p.1-8, 2014.
- 186 RAMOS, G. P. et al. A importância de exames clínico-laboratoriais no diagnóstico precoce do câncer de próstata. **Revista Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v.5, n.1, 2017.
- 187 FRIESTINO, J. K. O. et al. Mortalidade por câncer de próstata no brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Revista Baiana de Saúde Pública** , v.37, n.3, p.688-701, 2013.
- 188 ARAÚJO, J. S. et al. The social representations of men about prostate cancer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**, v.5, n.2, p.3884-3893, 2013. ISSN 2175-5361.








ANEXOS e APÊNDICE

Apêndice 1: Instrumento de coleta de dados

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA			
Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino		Idade:	Código do participante:
Ano de escolaridade:		Profissão:	Ocupação:
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> com companheiro(a)			
Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> outras especificar			
Tem filhos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qtos:			
Religião/Prática religiosa: <input type="checkbox"/> católica <input type="checkbox"/> protestante/batista/presbiteriana <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> ubandista <input type="checkbox"/> candoble			
Ano de aposentadoria:		Profissão:	Ocupação:
2. REPRESENTAÇÃO SOCIAL POR TÉCNICA DE EVOCÇÃO			
Tendo os termos a seguir mencione as cinco primeiras palavras que lhe vierem à mente quando elas forem citadas.			
Dificuldade para urinar/fazer xixi		Segurar urina/xixi	
1)	1)	1)	
2)	2)	2)	
3)	3)	3)	
4)	4)	4)	
5)	5)	5)	
Dificuldade para evacuar/fazer cocô		Perder fezes/ cocô	
1)	1)	1)	
2)	2)	2)	
3)	3)	3)	
4)	4)	4)	
5)	5)	5)	
Autopercepção das alterações intestinais e urinária.			
Conte-me um caso que aconteceu com o(a) senhor(a) ou com alguma pessoa sobre perder fezes/cocô e/ou ter dificuldade para evacuar/fazer cocô.			
Agora me conte um outro caso que aconteceu com o(a) senhor(a) ou com alguma pessoa sobre perder urina/xixi e/ou ter dificuldade para urinar/fazer xixi.			
IMPACTO DOS DETERMINANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SOBRE ELIMINAÇÕES URINÁRIAS E INTESTINAIS			
O(a) senhor(a) perde urina? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Contou a algum profissional de saúde que perde urina? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Identificar a forma como perde urina (IUU, IUE, IUM, Noctúria, enurese, IU transbordamento, IU funcional, IU total, IU pós-miccional)			
O Sr(a) tem algum tipo de doença? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Em caso positivo, que tipo de doença? Especifique			
<input type="checkbox"/> cardiovascular	<input type="checkbox"/> metabólicas	<input type="checkbox"/> psicossomáticas	<input type="checkbox"/> órgãos sentido
<input type="checkbox"/> respiratória	<input type="checkbox"/> osteoarticular	<input type="checkbox"/> infecciosas parasitárias	<input type="checkbox"/> neoplasias
<input type="checkbox"/> digestivo	<input type="checkbox"/> autoimune	<input type="checkbox"/> genitourinário	<input type="checkbox"/> outros especificar
O(a) Sr(a) faz uso de medicamentos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
Em caso positivo, quais medicamentos fez uso nos últimos 30 dias?			
<input type="checkbox"/> anti-hipertensivo	<input type="checkbox"/> antiinflamatório	<input type="checkbox"/> cardiotônico	<input type="checkbox"/> vasodilatador
<input type="checkbox"/> antibiótico	<input type="checkbox"/> corticóide	<input type="checkbox"/> broncodilatador	<input type="checkbox"/> antidepressivo
<input type="checkbox"/> diurético	<input type="checkbox"/> hipoglicemiante e insulina	<input type="checkbox"/> ansiolítico	<input type="checkbox"/> outros

Anexo 1: Escala de Bristol

Escala de Bristol de Consistência de Fezes

Tipo 1		Pequenas bolinhas duras, separadas como coqueiros (difícil para sair).
Tipo 2		Formato de linguiça encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
Tipo 3		Formato de linguiça com rachaduras na superfície.
Tipo 4		Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
Tipo 5		Pedaços macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
Tipo 6		Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
Tipo 7		Totalmente líquida, sem pedaços sólidos.

Anexo 2: Escala KHQ

Escala KHQ	
Domínios	Questões
Percepção Geral de Saúde	Questão 1: Como descreveria sua saúde no momento? <input type="checkbox"/> muito boa <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> ruim <input type="checkbox"/> muito ruim
	Questão 2: Quanto você acha que seu problema de bexiga afeta sua vida? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
Limitações de Atividades Diárias	Questão 3a: Quanto seu problema de bexiga afeta seus afazeres domésticos como limpar a casa, fazer compras, etc? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
	Questão 3b: Quanto seu problema de bexiga afeta seu trabalho ou suas atividades diárias fora de casa? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
Limitações Físicas	Questão 4a: Seu problema de bexiga afeta suas atividades físicas como andar, correr, praticar esportes, fazer ginástica, etc? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
	Questão 4b: Seu problema de bexiga afeta suas viagens? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
Limitações Sociais	Questão 4c: Seu problema de bexiga limita sua vida social? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
	Questão 4d: Seu problema de bexiga limita seu encontro ou visita a amigos? <input type="checkbox"/> não aplicável <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
Relações Pessoais	Questão 5a: Seu problema de bexiga afeta o relacionamento com seu parceiro? <input type="checkbox"/> não aplicável <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
	Questão 5b: Seu problema de bexiga afeta sua vida sexual? <input type="checkbox"/> não aplicável <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
	Questão 5c: Seu problema de bexiga afeta sua vida familiar? <input type="checkbox"/> não aplicável <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
Emoções	Questão 6a: Seu problema de bexiga faz com que você se sinta deprimida? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
	Questão 6b: Seu problema de bexiga faz com que você se sinta ansiosa ou nervosa? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
	Questão 6c: Seu problema de bexiga faz você sentir-se mal consigo mesma? <input type="checkbox"/> nem um pouco <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito
Sono e disposição	Questão 7a: Seu problema de bexiga afeta seu sono? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> o tempo todo
	Questão 7b: Você se sente esgotada ou cansada? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> o tempo todo
Medidas de Gravidade	Questão 8a: Você usa forros ou absorventes para se manter seca? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> o tempo todo
	Questão 8b: Toma cuidado com a quantidade de líquidos que bebe? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> o tempo todo
	Questão 8c: Troca suas roupas íntimas quando elas estão molhadas? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> o tempo todo
	Questão 8d: Preocupa-se com a possibilidade de cheirar urina? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> o tempo todo
	Questão 8e: Fica envergonhada por causa do seu problema de bexiga? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> frequentemente <input type="checkbox"/> o tempo todo
Gostaríamos de saber quais são seus problemas de bexiga e quanto eles afetam você. Da lista abaixo, escolha somente aqueles que você apresenta atualmente. Exclua os problemas que não se aplicam a você.	
Frequência <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Noctúria <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Urgência <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Urge-incontinência <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Incontinência Urinária de Esforço <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Enurese <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Incontinência Durante a relação sexual <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Infecções Urinárias Ferquêntes <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Dor na bexiga <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Dificuldade para urinar <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	
Você tem alguma outra queixa? <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> muito	

Cálculo dos Domínios**Domínio 1: PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE**

Pontuação: $[(\text{Pontuação da Questão 1} - 1) / 4] \times 100$

Domínio 2: IMPACTO DA INCONTINÊNCIA

Pontuação: $[(\text{Pontuação da Questão 2} - 1) / 3] \times 100$

Domínio 3: LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS

Pontuação: $\{[(\text{Pontuação da Questão 3A} + 3B) - 2] / 6\} \times 100$

Domínio 4: LIMITAÇÕES FÍSICAS

Pontuação: $\{[(\text{Pontuação da Questão 4A} + 4B) - 2] / 6\} \times 100$

Domínio 5: LIMITAÇÕES SOCIAIS

Pontuação: $\{[(\text{Pontuação da Questão 4C} + 4D + 5C) - 3] / 9\} \times 100$

Se a pontuação da Questão 5C ≥ 1 ; se 0, então ... -2] / 6} x 100

Domínio 6: RELAÇÕES PESSOAIS

Pontuação: $\{[(\text{Pontuação da Questão 5A} + 5B) - 2] / 6\} \times 100$

Se a pontuação das Questões 5A + 5B ≥ 2

Se 5A + 5B = 1; -1] / 3} x 100

Se 5A + 5B = 0; tratar como "missing value" (não aplicável)

Domínio 7: EMOÇÕES

Pontuação: $\{[(\text{Pontuação da Questão 6A} + 6B + 6C) - 3] / 9\} \times 100$

Domínio 8: SONO E DISPOSIÇÃO

Pontuação: $\{[(\text{Pontuação da Questão 7A} + 7B) - 2] / 6\} \times 100$

Domínio 9: MEDIDAS DE GRAVIDADE

Pontuação: $\{[(\text{Pontuação da Questão 8A} + 8B + 8C + 8D + 8E) - 5] / 15\} \times 100$

Domínio 10: ESCALA DE SINTOMAS

Pontuação

0

1

2

3

Esacala de graduação

Omitiu resposta

Um pouco

Moderadamente

Muito

Anexo 3: Escala ICIQ-SF

Esacala ICIQ-D+SF	
Questão 1: Com que freqüência você perde ruina?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana <input type="checkbox"/> Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/> O tempo todo
Questão 2: Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/> Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/> Uma grande quantidade
Questão 3: Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ICIQ Score: soma dos resultados 1+2+3	
Questão 4: Quando você perde urina?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Perco antes de chegar ao banheiro <input type="checkbox"/> Perco quando tusso ou espiro <input type="checkbox"/> Perco quando estou dormindo <input type="checkbox"/> Perco quando estou fazendo atividades físicas <input type="checkbox"/> Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo <input type="checkbox"/> Perco sem razão óbvia <input type="checkbox"/> Perco o tempo todo

Anexo 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA HUMANA

ufjf

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM IDOSOS ABORDADOS EM DOMICÍLIO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, PERFIL DE ELIMINAÇÕES E FATORES RELACIONADOS**. Nesta pesquisa pretendemos analisar os costumes de urinar e evacuar de pessoas com idade ≥ 65 anos e compreender como essas alterações podem se manifestar e modificar seu processo de envelhecimento, de saúde/doença e seu cotidiano.

O **motivo que nos leva a estudar** são: 1) saber que com o envelhecimento surgem doenças crônicas próprias desse momento da vida, sendo úteis conhece-las para planejar cuidados de saúde e melhorar a qualidade dos anos vividos; 2) compreender como o(a) Sr(a) podem ter mais iniciativa e independência para reduzir fragilidades, melhorar sua participação e envelhecer com saúde; 3) conhecer e refletir quais são as situações ligadas à urina e fezes que podem ser adotadas para lhe ajudar e melhorar sua convivência com outras pessoas.

Para esta pesquisa **adotaremos os seguintes procedimentos**: O(a) Sr(a) deverá nos contar: 1) casos que considera importante e que aconteceu com o(a) senhor(a) ou com alguma pessoa sobre perder fezes/cocô e urina/xixi sem controle e quando houve dificuldade para evacuar/fazer cocô e urinar/fazer xixi, deixando que gravemos sua voz ao contar esses casos; 2) dizer as 5 primeiras palavras que lhe vierem à mente quando falarmos sobre esses assuntos; e 3) responder algumas perguntas sobre o(a) Sr(a) e seus os costumes que interferem sobre evacuar/fazer coco e urinar/fazer xixi.

Os **riscos envolvidos na pesquisa** são mínimos, ou seja, semelhantes aqueles decorrentes das atividades do dia-a-dia, sendo previsto a utilização de recursos comunicais, relacionais, de respeito e dignidade humana para diminuir ao máximo qualquer desconforto que a coleta de informações possa gerar. Consideramos que **a pesquisa contribuirá para fazermos um** diagnósticos das situações vividas pelas pessoas com idade ≥ 65 anos e assim ajudarmos a identificar quais são as situações em que podem ser melhoradas com a atuação dos profissionais de saúde e de enfermagem.

Para participar desta investigação o(a) Sr (a): não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O(A) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr. (a) é atendido(a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Unidade Atenção Primária a S e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM IDOSOS ABORDADOS EM DOMICÍLIO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, PERFIL DE ELIMINAÇÕES E FATORES RELACIONADOS**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____.

<p>Assinatura do(a) Participante</p>	<p>Assinatura e Nome do Pesquisador Responsável: Cristina Arreguy-Sena. Endereço: Rua Olegário Maciel, 1716, apto 204 Paineiras, CEP:36016011. Juiz de Fora MG. E-mail: cristina.arreguy@ufjf.edu.br</p>
---	---

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana – UFJF. Campus Universitário da UFJF. Pró-Reitoria de Pesquisa
CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para pessoas com idade \geq 65 anos

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “**VULNERABILIDADE DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA DEMANDAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” que objetiva: que objetiva: analisar qual é a forma como as pessoas vêem, interpretam o processo de envelhecimento, a ajuda que podem contar nesta fase e ajudar à Enfermagem a construir uma forma de auxiliá-lo (a) usando seu conhecimento.

O **motivo que nos leva a estudar este assunto** baseia-se na intenção de identificar se as políticas públicas e os serviços atendem as situações próprias que surgem entre pessoas que tem idade \geq 65 anos de idade, quais as condições em que usa redes de apoio e quais situações de risco a que está exposto(a).

Para esta pesquisa **adotaremos os seguintes procedimentos**: entrevista individual com registro por escrito de parte dos dados que daremos opções e gravada para que o(a) Sr.(a) possa dizer o que pensa sobre viver o período de ter 65 anos de idade, ou seja, vivenciar a o processo de envelhecimento humano. A pesquisa se caracteriza por apresentar risco mínimo aos participantes. Para minimizar os desconfortos serão adotadas as seguintes condutas: encontros para coletar dados será dividida em quantos encontros forem necessários e confortáveis ao Sr.(a); utilizadas técnicas comunicacionais e relacionais em todos os encontros e será utilizado o anonimato do cenário e dos participantes.

Para participar desta pesquisa o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa. O(a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização em caso de comprovação de danos decorrentes desta investigação. Será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto, em qualquer momento que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação será voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelas pesquisadoras. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, ou seja, seu nome não será mencionado. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão utilizados para fins acadêmicos e científicos. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(a) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

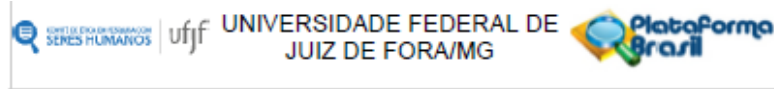
Este termo de consentimento encontra-se impresso em 2 vias originais, sendo uma arquivada com a pesquisadora responsável, Profa. Dra Cristina Arreguy-Sena em seu arquivo pessoal juntamente com o instrumento de coleta de dados durante 5 anos a outra via deste termo será fornecida ao senhor(a). Após este tempo toda a documentação será destruída. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de anonimato, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “**VULNERABILIDADE DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA DEMANDAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 _____.

Nome do participante	Assinatura
Assinatura	Pesquisadora Responsável: Cristina Arreguy-Sena. Endereço: Rua Olegário Maciel, 1716, apto 204 Paineiras, CEP:36016011. Juiz de Fora MG. E-mail: cristina.arreguy@ufff.edu.br
Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF . Campus Universitário da UFJF. Pró-Reitoria de Pesquisa. CEP: 36036-900 Fone: (32) 2102- 3788. e-mail: cep.propesq@ufff.edu.br	

ANEXO 5: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELIMINAÇÕES INTESTINAIS E URINÁRIAS EM IDOSOS ABORDADOS EM DOMICÍLIO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, PERFIL DE ELIMINAÇÕES E FATORES RELACIONADOS

Pesquisador: Cristina Arreguy Sena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61919916.3.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.876.404

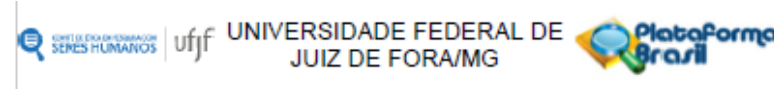
Apresentação do Projeto:

Pesquisa delimitada no método misto operacionalizada na modalidade convergente paralelo, ou seja, quando as abordagens quantitativa e qualitativa possuem a mesma prioridade dentro da investigação e a condução da investigação pressupõe que estas serão realizadas de forma separada se aproximando para se obter um aprofundamento da interpretação dos resultados. Amostra de seleção completa composta por 200 participantes moradores da área de abrangência da UAPS com idade 65 anos, com reposição de perdas. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Gerais: Analisar os hábitos intestinais e urinários de pessoas com idade 65 anos abordadas no domicílio e compreender como essas alterações podem se manifestar e impactar sobre o processo de envelhecimento, de saúde/doença e sobre seu cotidiano. O objetivo da pesquisa está bem delimitado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

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



Continuação do Parecer: 1.876.404

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente investigação apresenta riscos mínimos, ou seja, semelhantes aos decorrentes das atividades cotidianas. Tal fato se justifica por não se ter intervenções o que justifica a pesquisadora utilizar recursos comunicacionais e relacionais para minimizar qualquer desconforto decorrente do processo de coleta de dados e por sua conduta se basear em princípios de respeito e dignidade humana, garantindo o sigilo sobre as identificações e a utilização de técnicas de anonimato. Espera-se: ter diagnóstico do perfil dos participantes que possuem idade maior ou igual a 65 anos adstritos a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde capaz de subsidiar políticas públicas voltadas para as situações que envolvem as eliminações intestinais e/ou urinárias a ponto de identificar demandas de cuidados de enfermagem e alicerçar uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da abordagem de pessoas idosas em domicílio. Com os resultados dessa investigação espera-se contribuir com a geração de conhecimentos e tecnologias para abordagem de pessoas com perfil semelhante ao que está sendo apresentado nessa investigação. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delimitado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e

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

Continuação do Parecer: 1.876.404

desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de Infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Setembro de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_768159.pdf	19/12/2016 10:08:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResubmetidoDez2016.pdf	19/12/2016 10:06:15	Cristina Arreguy Sena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEResubmetidoDez2016.docx	19/12/2016 10:05:52	Cristina Arreguy Sena	Aceito

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

Página 03 de 05

Continuação do Parecer: 1.876.404

Justificativa de Ausência	TCLEResubmetidoDez2016.docx	19/12/2016 10:05:52	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Outros	OFICIOFacenfeSecretariaSaude05Ago2016.doc	08/11/2016 18:55:53	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Folha de Rosto	folhaRostoINCONTINENCIA.Sidosos.pdf	08/11/2016 18:37:48	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Cronograma	cronogramaPDF.pdf	08/11/2016 00:30:40	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Outros	LattesPDF.pdf	08/11/2016 00:29:45	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Outros	InstrumentoPDF.pdf	08/11/2016 00:27:56	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Orçamento	OrcamentoPDF.pdf	08/11/2016 00:25:17	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoModeloNovo07nov2016NPDF.pdf	08/11/2016 00:24:14	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoModeloNovo07nov2016N.docx	08/11/2016 00:17:03	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	08/11/2016 00:13:13	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	08/11/2016 00:11:20	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Outros	Instrumento.doc	08/11/2016 00:06:52	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OficioUAPSGerente_65oumais.pdf	07/11/2016 23:58:14	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OficioDIRECAOfacenUFJF_65oumais.pdf	07/11/2016 23:57:46	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OficioDEAPfacenUFJF_65oumais.pdf	07/11/2016 23:57:23	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Outros	Lattes.docx	07/11/2016 23:56:39	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	OficioEinfraSecretariaSaudeJF_65oumais.pdf	07/11/2016 23:51:29	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAuaps_65oumais.pdf	07/11/2016 23:50:52	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAdirecaoFACENFufjf_65oumais.pdf	07/11/2016 23:50:26	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito
Declaração de Instituição e	INFRAdeapFACENFufjf_65oumais.pdf	07/11/2016 23:50:00	Camila Vasconcelos Teixeira	Aceito

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

Página 04 de 05

Continuação do Parecer: 1.876.404

Infraestrutura	INFRAdeapFACENFuff_65oumais.pdf	07/11/2016 23:50:00	Camila Vasconcelos Telxela	Acelto
----------------	---------------------------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 20 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vânia Lucia Silva
(Coordenador)

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

