



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

GISELI RODRIGUES
MARÍLIA MARIA ALMEIDA DE OLIVEIRA

**CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE LIMPO: INTERVENÇÕES
EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DE
COMPLICAÇÕES**

**SOROCABA SP
2013**

**GISELI RODRIGUES
MARÍLIA MARIA ALMEIDA DE OLIVEIRA**

**CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE LIMPO: INTERVENÇÕES
EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DE
COMPLICAÇÕES.**

Trabalho de Conclusão do Curso
apresentado como requisito parcial para
conclusão do curso de Enfermagem da
Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo – FCMS

Orientadora: Prof^a Ms. Alcirene H.
Cabral

Co-orientadora: Prof^a Dr.^a Gisele Regina
de Azevedo

**SOROCABA/SP
2013**

**GISELI RODRIGUES
MARÍLIA MARIA ALMEIDA DE OLIVEIRA**

**CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE LIMPO: INTERVENÇÕES
EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DE
COMPLICAÇÕES**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro.

Data da aprovação: ____ de _____ de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^a. Ms. Cassia Maria Hilkner Silva Messina

Prof^a. Ms. Isabel Cristina Ribeiro Saccomann

Orientadora: Prof^a. Ms. Alcirene Helaehil Cabral

**SOROCABA/SP
2013**

*Dedicamos este trabalho especialmente a
nossas famílias, amores e amigos, que
estiveram ao nosso lado, nos apoiando e
incentivando em todos os momentos.*

AGRADECIMENTOS

Em especial à Clínica Senger, pela motivação e sempre disposição em ajudar nas horas mais difíceis, que sempre acreditou em nosso potencial.

À nossa família, pelo apoio constante, mesmo estando ausente em alguns eventos, e pelos valores que nos passaram e se dedicam.

A Deus, que sempre esteve ao nosso lado, confortando e iluminando os nossos caminhos.

Aos nossos amores, com carinho a Jose Angelo e Julio Cesar, que também sempre estiveram ao nosso lado, motivando-nos a seguir em frente na busca dos nossos maiores objetivos: força, fé e felicidade.

As docentes Alcirene e Gisele, pela delicadeza, paciência e inteligência. Ambas souberam compreender, orientar e valorizar a pesquisa, com toda aceitação e estiveram dispostas a nos atender, possibilitando nossa chegada até aqui.

Aos nossos professores da Pontifícia Universidade de Católica de São Paulo, pelo apoio e atenção, contribuindo e despertando para obtenção de conhecimento, fazendo com que nosso desenvolvimento tenha superado às mais utópicas expectativas.

Aos funcionários do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, em especial aos do SAME, pela atenção, apoio e agilidade.

Aos voluntários, que foram fundamentais para a realização desta pesquisa.

Aos amigos de curso e de disciplinas, que compartilharam conosco seus conhecimentos.

A amiga Karina Resini, que muito colaborou nesse trabalho, nos incentivando a buscar este grande sonho, esta conquista.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram ou torceram pela concretização desta pesquisa.

EPÍGRAFE

Os sonhos não determinam o lugar aonde você vai chegar, mas produzem a força necessária para tirá-lo do lugar onde está.

Augusto Cury

A saúde é conservada pelo conhecimento e observação do próprio corpo.

Cícero

RESUMO

Introdução: Trata-se de uma pesquisa de campo, considerando-se o uso de medidas educativas para adesão ao CIL (Cateterismo Intermitente Limpo), após levantamento de dados, que foi realizada em pacientes do Ambulatório de Reabilitação do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Objetivo:** Identificar pacientes cuja intervenção educativa proporcione adesão ao CIL, adequadamente de maneira autônoma. **Método:** Pesquisa do tipo exploratório-descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, com 119 pessoas com lesão medular, que foram orientadas quanto ao cateterismo intermitente limpo nos últimos cinco anos. **Resultados:** Embora a pesquisa tenha sido baseada em prontuários que possuíam dados incompletos, foi feita uma busca ativa e entrevistas individuais. Diante de uma amostra com 119 pesquisados, 65 convocados, destes 12 corresponderam a convocação, apenas 2 deles relatam intercorrência de IA e IU e 4 óbitos no período, 58 pacientes foram localizados no sistema de informação do Ambulatório de Reabilitação Vesico Intestinal. No perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes convocados a faixa etária predominante foi de 26 a 46 anos correspondendo a 6 pacientes, a escolaridade o índice maior foi de Ensino Fundamental Completo entre 5 pacientes, o gênero masculino foi de 10 pacientes. O número de sujeitos dos 49 pacientes que não compareceram foi por motivos dos quais referiam dificuldades de locomoção por conta da dependência e agendamento do transporte público e dependência de terceiros. **Conclusão:** No perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes atendidos analisamos que a faixa etária predominante foi de 26 a 46 anos correspondendo a 6 pacientes, a escolaridade o índice maior foi de Ensino Fundamental Completo entre 5 pacientes, o gênero masculino foi de 10 pacientes. É de suma importância entender os caminhos percorridos pelos pacientes na busca de assistência, pois, para ele é um momento bastante estressante, embaraçoso e tecnicamente difícil, suas dificuldades e potencialidades devem ser ressaltadas para que esta indicação possa ser fator determinante para a adesão do paciente a um programa de CIL e que esta, por sua vez, pode ser a distância entre uma vida dependente de um cuidador e com alto risco a saúde e uma vida com qualidade, inclusão social e preservação da saúde relacionada a função renal.

Palavras-chave: Cateterismo Intermitente Limpo, Lesão Medular, Medidas educativas.

ABSTRACT

Introduction: This is a search field , considering the use of educational measures for adherence to CIC (Clean Intermittent Catheterization) after data collection , which was performed in patients of Outpatient Rehabilitation Hospital Complex of Sorocaba

Aim: To identify patients whose educational intervention provides adhesion to CIL , properly autonomously .**Method :** Survey exploratory descriptive , cross- sectional, quantitative approach , with 119 people with spinal cord injury who were instructed as to clean intermittent catheterization in the last five years. **Results :** Although research has been based on records that had incomplete data , an active search and individual interviews was taken . Given a sample of 119 respondents , 65 invited , 12 of these corresponded to call, only 2 of them reported complication of IA and IU and 4 deaths in the period , 58 patients were found in the information system of the Outpatient Rehabilitation Vesico Intestinal . In socio - demographic and clinical patient summoned the predominant age group was 26 to 46 corresponding to 6 patients , the education index was the largest elementary school completed between 5 patients , the male patients was 10 . The number of subjects of the 49 patients who did not attend for reasons of which was reported walking difficulties due to the dependence of public transportation and scheduling and dependence on third parties. **Conclusion:** In the socio - demographic and clinical profile of patients presenting to analyze the predominant age group was 26 to 46 corresponding to 6 patients , the education index was the largest elementary school completed between 5 patients , the male patients was 10 . It is of paramount importance to understand the paths taken by patients in seeking care because , for him is a very stressful , embarrassing and technically difficult , difficulties and potentials should be ressaltas time for this indication can be a determining factor for patient compliance a program of CIL and that this , in turn , may be the distance between a dependent life of a caregiver and high risk health and life quality , social inclusion and the preservation of health related to renal function

Keywords: Clean Intermittent Catheterization, Spinal Cord Injury, education measures

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acidente Automobilístico
AM	Acidente de Motociclístico
ACP	Acidente de Piscina
BN	Bexiga Neurogênica
CAP	Câncer de Próstata
CC	Cirurgia da Coluna
CHS	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
CIL	Cateterismo Intermitente Limpo
DM	Derrame Medular
DNTUI	Disfunção Neurogênica do Trato Urinário Inferior
DV	Disfunção Vesical
EAUN	European Association of Urology Nurses
EM	Esclerose Múltipla
FAF	Ferimento Arma de Fogo
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
FV	Falência Vesical
HD	Hiperreflexia detrusora
IU	Incontinência Urinária
IA	Incontinência Anal
ITU	Infecção do trato urinário
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LM	Lesão Medular

MLe	Mielite Idiopática
MLMC	Mielomeningocele
MLG	Mielopatia Grave
NB	Necrose de Bexiga
CD	Cistopatia Diabética
NC	Nível Cervical
NS	Nível Sacral
NT	Nível Torácico
NL	Nível Lombar
QA	Queda de Altura
RP	Ressecção de Próstata
RCV	Ressecção do Colo Vesical
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TU	Tumor Uretral
TME	Tumor Medular Espinhal
TRM	Trauma Raquimedular
PUC/SP	Pontifícia Universidade Católica São Paulo
PVC	Cloreto de Polivinila
SAME	Setor de Arquivo Médica e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
UPP	Úlcera Por Pressão
URP	Uretroplastia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição percentual da faixa etária de pacientes atendidos no Ambulatório de Reabilitação do CHS. Sorocaba, 2013	20
Figura 2 - Distribuição percentual da escolaridade dos pacientes que realizam CIL. Sorocaba, 2013.....	20
Figura 3 - Distribuição percentual das intercorrências dos pacientes no Ambulatório que realizam CIL. Sorocaba, 2013	21
Figura 4 - Distribuição percentual de nível de lesão medular dos pacientes do no Ambulatório de Reabilitação do CHS – Sorocaba, 2013.	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Recomendações Para Cil	14
2 JUSTIFICATIVA.....	15
2.1 Hipótese	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 MATERIAL E MÉTODO.....	16
4.1 Desenho do estudo	16
4.2 Local do estudo.....	16
4.3 Critério de seleção da população	17
4.4 Coleta de dados.....	17
4.5 Análise dos dados	18
4.6 Procedimentos éticos	18
5. RESULTADOS.....	18
6 DISCUSSÃO	22
7. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS.....	28
APÊNDICES	30
Apêndice 1	30
Apêndice 2.....	31
Apêndice 3.....	32
ANEXO	33

1 INTRODUÇÃO

Desde os registros da antiga Grécia e do Egito, já se encontrava citação de drenagem urinária, sendo que esta era realizada com tubos de couro, palmeira, bronze ou ouro ⁽¹⁾.

Nos anos 20, Frederick Foley desenhou um balão inflável para reter o cateter dentro da bexiga. Esse dispositivo, otimizado pelas novas tecnologias, é ainda hoje utilizado para a cateterização vesical de demora ⁽¹⁾.

Guttmann, *et al.* ⁽²⁾ foram precursores do cateterismo vesical intermitente com técnica estéril. Eles acompanharam por um período de 11 anos, 476 pessoas com lesão medular. Ao comparar os resultados referentes à infecção do trato urinário (ITU) e outras complicações da Disfunção Neurológica do Trato Urinário Inferior (DNTUI) entre pacientes tratados com cateterismo permanente e Cateterismo Intermitente limpo (CIL), encontraram resultados superiores para o segundo.

Alguns anos depois, Lapidès *et al* ⁽³⁾ descreveram a técnica limpa para o autocateterismo intermitente, apresentando uma série de casos de pacientes com DNTUI e ITU recorrente. Estes pacientes foram introduzidos em um programa de treinamento de CIL. Eles comprovaram que, apesar de introduzir certo número de microrganismos na bexiga, oriundos da porção distal da uretra, que é colonizada, a ausência de resíduo urinário e a resistência imunológica do paciente impedem que se instale a infecção. Esta resistência é alcançada pelo adequado fluxo sanguíneo mantido pelo esvaziamento periódico da mesma.

O CIL consiste na introdução de um cateter na bexiga, através da uretra, preferencialmente após uma micção, a fim de retirar o resíduo pós-miccional e permitir um bom suprimento sanguíneo da mesma, evitando uma hiperdistensão ⁽³⁾.

A utilização de técnica limpa justifica-se pela proteção adquirida pela conservação do mecanismo vesical de esvaziamento, fatores de resistência do hospedeiro, ausência de resíduo miccional e redução de bacteriúria frequente ⁽⁴⁾.

O *Health Protection Surveillance Centre* (2009) preconiza o CIL como técnica de escolha para manejo de bexiga neurogênica. A técnica pode ser realizada pela própria pessoa com esta necessidade, por ser considerando de fácil execução ⁽⁴⁾.

Segundo Moore *et al* ⁽⁵⁾, o cateterismo intermitente limpo (CIL), utilizando cateter de uso único, é seguro e efetivo para pessoas com lesão medular. Os

mesmos autores citam que a simplificação da técnica facilita a transição entre o centro de reabilitação e o domicílio.

As disfunções miccionais resultantes de uma lesão da medula espinhal dependem do nível sensitivo e motor da lesão, assim como de seu grau transversal e longitudinal e tempo de instalação. Estes dados irão determinar o tipo de DNTUI.⁽⁶⁾

Sinais e sintomas de retenção ou incontinência resultarão da resposta do detrusor, que pode se apresentar normal, hipo ou hiperreflexo; do esfíncter, que se apresentará normal, hipo/hiperreflexo ou incompetente e da sensibilidade que poderá estar normal ou insensível ⁽⁷⁾.

A hiperreflexia detrusora é caracterizada por contração involuntária do detrusor, no enchimento vesical abaixo do nível da lesão. Caso haja relaxamento coordenado dos esfíncteres, produz micção involuntária. No entanto, apesar da capacidade de gerar altas pressões, estas não são mantidas por tempo suficiente para resultar em esvaziamento vesical completo ⁽⁷⁾, podendo ser controladas por meio de associação de agentes anticolinérgicos e ainda, os pacientes com baixa complacência vesical, ou seja, baixa capacidade de armazenamento, podem ser submetidos às técnicas de ampliação vesical ⁽⁸⁾.

Além disso, a hiperreflexia detrusora com dissinergia vésico-esfincteriana é quando a bexiga contrai contra a resistência do esfíncter, que não relaxa ⁽⁹⁾. Esta alteração é avaliada por exame cistométrico, observando-se aumento da pressão intravesical para mais de 40 cm³ H₂O no momento da micção. Portanto, uma das causas de esvaziamento incompleto da bexiga pode ser o aumento da pressão intravesical ⁽⁷⁾.

A esfínterectomia para redução da resistência uretral é uma alternativa de correção da dissinergia vésico-esfincteriana. Outras alternativas são a dilatação com balão, os *stents* uretrais, os anticolinérgicos e a toxina botulínica ⁽⁸⁾.

Uma das complicações da DNTUI é o alto resíduo pós-miccional, que é o volume de diurese que permanece na bexiga após o ato miccional ⁽⁸⁾.

Na lesão medular, o volume de diurese residual pode permanecer elevado por contração insuficiente do músculo detrusor, ou por resistência esfincteriana à contração detrusora, que estão diretamente relacionados a altos índices de infecção do trato urinário ⁽¹⁰⁾.

A arreflexia detrusora é a definição para a ausência de atividade detrusora, o que resulta em retenção urinária e alta capacidade vesical, bem como na perda de

conexão do centro sacral da micção com os órgãos efetores ⁽⁹⁾. Estes pacientes devem ser mantidos sob cateterismo vesical intermitente limpo, para o esvaziamento adequado da bexiga. ⁽⁸⁾

1.1 Recomendações Para Cil

De acordo com o *Guia de Orientação para Profissionais e Gestores* ⁽¹¹⁾, existem recomendações para CIL que podem garantir a qualidade de vida e manutenção da saúde dos pacientes que as observam cuidadosamente, e que constituem a **revisão bibliográfica baseada em evidência científica mais atual** e disponível no Guideline publicado em março de 2013 pela Associação Européia de Enfermagem Urológica (EAUN) ^{(12),(13)}. São elas:

- O autocateterismo deve ser estimulado de acordo com as limitações psíquicas e físicas do paciente. Caso seja necessária a realização do procedimento por um cuidador / familiar, este deve ser adequadamente envolvido no processo, entendendo a importância do procedimento;
- O número de cateterismo indicado por dia e o calibre do cateter deve ser individualizados, podendo variar de 04 FR/CH a 08 FR/ em crianças e 08 FR/CH a 12 FR/CH em adultos. Numerações maiores têm indicações específicas como, necessidade de dilatação uretral, presença de piúria, coágulos, cálculos, muco, entre outros. Em geral são indicados 4 a 6 cateterismos por dia. Um número maior de cateterismos pode não diminuir a urina residual, resultando em maior risco de trauma uretral;
- O volume de urina drenado a cada cateterismo deve ser maior do que 400ml, lembrando que o parâmetro de volume de urina drenado no CIL é genérico e devem ser considerados a apresentação clínica, o diário vesical do paciente e o resultado do estudo urodinâmico, se houver;
- A frequência para realização do cateterismo pode variar de acordo com a ingestão de líquidos em 24 horas, a capacidade vesical e os parâmetros obtidos no Estudo Urodinâmico, como capacidade cistométrica máxima (CCM), complacência vesical, pressão detrusora durante a fase de enchimento e perda;
- Deve-se evitar a distensão vesical (valores muito acima da CCM), para preservar a função do músculo liso e prevenir infecções urinárias;
- A lavagem das mãos deve ser realizada com água e sabonete em água corrente, se possível, observando palmas das mãos, costas, interdígitos, pontas dos dedos, unhas (curtas e limpas) e punhos;
- O paciente pode adotar diferentes posições para realizar o cateterismo (sentado, decúbito lateral ou ortostatismo), dependendo das suas limitações físicas e do local onde é realizado;
- As mulheres inicialmente necessitam usar espelho para uma melhor visualização do meato uretral, e pode ser descontinuado a partir do momento em que a mesma consegue localizar o meato uretral através do toque;
- Para acessar a uretra com mais facilidade e sem uso de espelho, algumas mulheres preferem ocluir a vagina com o dedo indicador e abrir os pequenos lábios com os dedos médio e polegar da mesma mão, enquanto introduzem o cateter com a mão oposta. Com isto,

mesmo que não visualize o períneo, não há risco de introdução do cateter em nenhum outro orifício;

- Para as mulheres com espasticidade de membros inferiores, a transferência da cadeira de roda para um vaso sanitário pode favorecer o procedimento. Para as mulheres com paraplegia de um dos membros no espaldar da cadeira facilita o procedimento;
- A antisepsia do períneo pode ser realizada com água e sabonete. Também pode ser utilizado lenço umedecido considerando a ausência de álcool em sua composição. A direção meato uretral – ânus deve ser respeitada, evitando a contaminação da uretra por microorganismo do ânus e vagina;
- A lubrificação do cateter é obrigatória, independente da presença ou da sensibilidade uretral. O objetivo da lubrificação é prevenir lesões uretrais ocasionadas pelo atrito do cateter na uretra. Caso o cateter utilizado seja pré-lubrificado ou com revestimento hidrofílico uma lubrificação “extra” não é necessária, pois estão prontos para o uso. Caso o cateter utilizado seja o convencional (PVC, silicone), deve-se utilizar um lubrificante a base de água, sem a necessidade de anestésico em sua composição;
- Para controle das perdas urinárias pode-se utilizar absorventes (masculino ou feminino) e o cateter urinário externo masculino, lembrando que estes não influenciam e não substituem o cateterismo intermitente limpo. Investigar estas perdas!⁽¹¹⁾

Assim sendo, diante da importância da manutenção de um procedimento considerado simples, mas que implica em preservação do trato urinário superior, é fundamental que aqueles pacientes que tenham sido orientados e descontinuaram o seguimento com profissional especialista, sejam contatados para nova intervenção educativa.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo foi desenvolvido a partir da identificação de pacientes que foram submetidos à capacitação para o CIL no Ambulatório de Reabilitação do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), com o intuito de identificar a atual situação da adesão dos pacientes ao programa de CIL, cujo principal objetivo é a prevenção de complicações, uma vez que esta pode ser a distância entre uma vida dependente de um cuidador e com alto risco à saúde e uma vida autônoma com qualidade, inclusão social e preservação da saúde relacionada à função renal.

2.1 Hipótese

Por meio de medidas preventivas e educativas, reduz-se consideravelmente os casos de intercorrências como ITU e IU em pacientes de CIL.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Identificar os pacientes que foram capacitados para a realização de CIL no Ambulatório de Reabilitação do CHS, nos últimos (5) cinco anos.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes atendidos;
- Avaliar a adesão ao CIL em pacientes atendidos no serviço;
- Identificar os pacientes que abandonaram o acompanhamento no serviço, convocá-los e realizar nova intervenção educativa para a retomada do CIL.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo do tipo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

4.2 Local do estudo

A pesquisa de campo foi realizada no Ambulatório de Reabilitação do CHS, que faz parte de um hospital estadual da rede SUS, de referência terciária para a região da diretoria regional de saúde.

O CHS atende pacientes oriundos dos diversos ambulatórios da própria instituição e da rede SUS, com guia de referência, com atividade de reabilitação física. No seu quadro de pessoal há fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicóloga, assistente social e neurologista, além de uma enfermeira estomaterapeuta, professora da Faculdade de Medicina da PUC/SP, que faz atividade docente-assistencial de reeducação vésico-intestinal com os pacientes de 48 municípios da sua área de abrangência, que possui aproximadamente dois milhões de habitantes.

Como procedimento inicial da coleta de dados, foram identificados todos os pacientes atendidos do período de acordo com os registros do hospital. Foram

coletados dados dos prontuários arquivados no SAME da instituição, que estavam muito carentes de registros e, diante disso optou-se por contatar todos os pacientes para obtenção de informações.

4.3 Critério de seleção da população

Nesta pesquisa, excepcionalmente por tratar-se de uma população reduzida, foi considerado o universo, ou seja, todos pacientes de CIL do Ambulatório de Reabilitação do CHS atendidos nos últimos cinco anos. Assim, não foram feitos os cálculos de amostra, desvio padrão, erro, variância e tolerância que, estatisticamente, são obrigatórios para amostragem. Contudo, cabe destacar aqui os critérios de inclusão ou exclusão entre os entrevistados qualificados.

Critério de inclusão: paciente ou cuidador maior de 18 anos, que tenha sido capacitado pela equipe para o CIL e que aceitou participar do estudo.

Critério de exclusão: óbito, opção ou necessidade do uso de qualquer outro procedimento para eliminação de resíduo urinário (estoma, cateter de permanência), bem como pacientes que ingressaram no programa CIL após julho de 2013.

4.4 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada considerando-se o período entre janeiro de 2007 a outubro de 2013. O acesso ao nome e contato dos participantes deu-se por meio dos registros locais em banco de dados do CHS.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato telefônico e/ou por correspondência, através da coleta de dados em seus respectivos prontuários.

Na entrevista, foram explicados os objetivos do estudo, assim como aspectos técnicos e éticos do mesmo e, diante da aceitação do convite de participação, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento e Esclarecido (Apêndice 1). A entrevista foi individual, através de questionário estruturado, onde a pesquisadora perguntava e caso houvesse dúvidas, estas eram esclarecidas durante a realização do mesmo. Analisou-se também a adesão e a adaptação ao CIL em todos os pacientes.

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas estruturadas, cujas questões eram quantitativas e do tipo fechadas. As entrevistas foram, exclusivamente, realizadas pelas pesquisadoras, segundo o formulário “Dados sócio-demográficos e clínicos” (Anexo).

4.5 Análise dos dados

Os resultados foram descritos por meio de variáveis quantitativas que, por sua vez, são técnicas consideradas de fácil manejo, pois, além de serem mais baratas e rápidas, podem ser administradas anonimamente, dispensando a presença de um pesquisador ou entrevistador treinado, quando o questionário é autoaplicável. ⁽¹³⁾ Também foram apresentados os valores de média, mediana e porcentagem. Os dados obtidos não representam a totalidade, pois não foi possível o contato.

4.6 Procedimentos éticos

O projeto foi submetido para análise e aprovado pelo Comitê de Ética da FCMS-PUC/SP.

Todos os sujeitos da entrevista foram previamente consultados e esclarecidos sobre o estudo e, após anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, recebendo para si a segunda via. Quanto aos entrevistados que não compareceram, foi realizado um pedido especial ao Comitê de Ética do CHS para a conclusão da coleta de dados indiretamente, por meio dos seus respectivos prontuários.

5. RESULTADOS

Os registros obtidos no SAME apontaram um total de 119 pacientes atendidos no período, e 58 desses não foram localizados para dar retorno a este estudo. Do total da amostra atendido do período obteve-se a informação de que ocorreram 04 óbitos, assim, o número de sujeitos que compôs a amostra estudada foi de 65 pacientes que atenderam os critérios de inclusão do estudo. Destes, 12 pacientes responderam a convocação e compareceram para a entrevista e os 61 pacientes restantes ainda não compareceram por dificuldades de locomoção, mas foram reagendados e serão atendidos nos próximos meses. Dois pacientes informaram que estavam com alta do urologista e, deste modo, as informações foram

completadas e os dados foram tabulados, quantificados e apresentados com o auxílio de estatística descritiva.

Os que compareceram a convocação foram novamente capacitados para o CIL que compreende o treinamento da técnica que foi realizado com linguagem simples e acessível, demonstrando passo a passo a técnica, e permitindo a manipulação do material; foram disponibilizados materiais didáticos e desenhos explicativos para auxiliar na rotina diária em caso de dúvidas e os pacientes retomaram o seguimento ao programa.

Também é importante ressaltar que os prontuários dos 61 pacientes estavam incompletos, tais como: o histórico dos pacientes, estado civil, escolaridade, atividade sexual, características da lesão medular e presença de ITU. Necessitando esclarecimentos no momento da ligação telefônica.

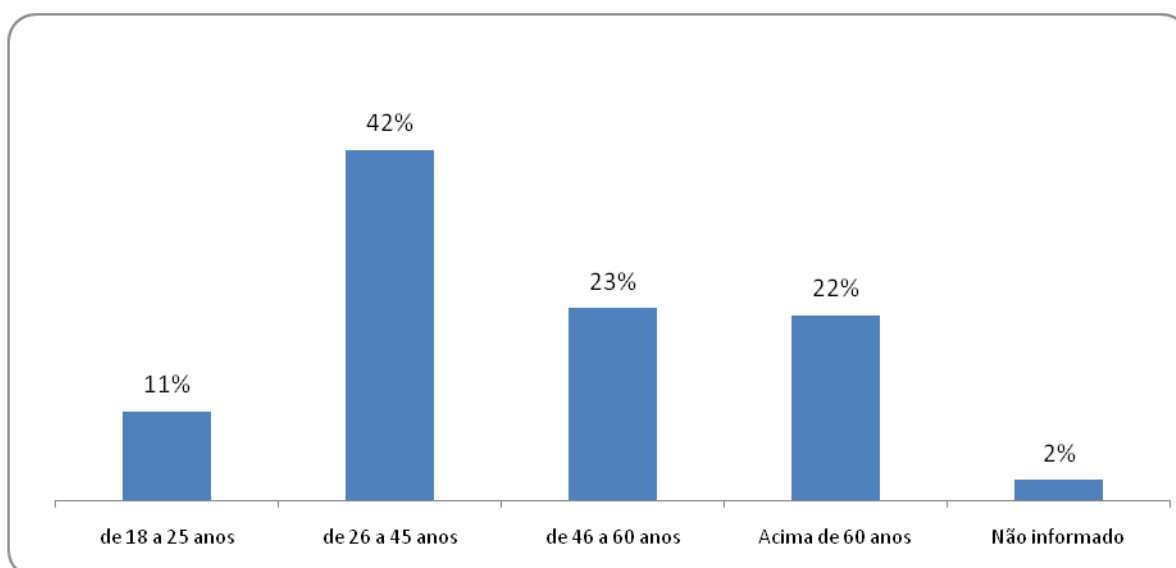
Observou-se que 82% dos pacientes são do sexo masculino e 18% do sexo feminino, em um universo de 61 pacientes. Mostrando um índice maior de homens do que de mulheres.

Após analisar cuidadosamente as diversas etiologias de lesão medular apresentadas pelos 61 pacientes, observa-se que a maioria é de origem traumática, representada por 79% da totalidade da amostra, seguindo de 21% com lesões não traumáticas.

Apenas 11 pessoas informaram sobre vida sexual ativa, e em 10 o dado de vida sexual ativa foi informado como não atuante, por não ter companheiro, cabe ressaltar que em 33% da amostra não se obteve informações nos prontuários, mas foram reconvocados para atendimento futuro.

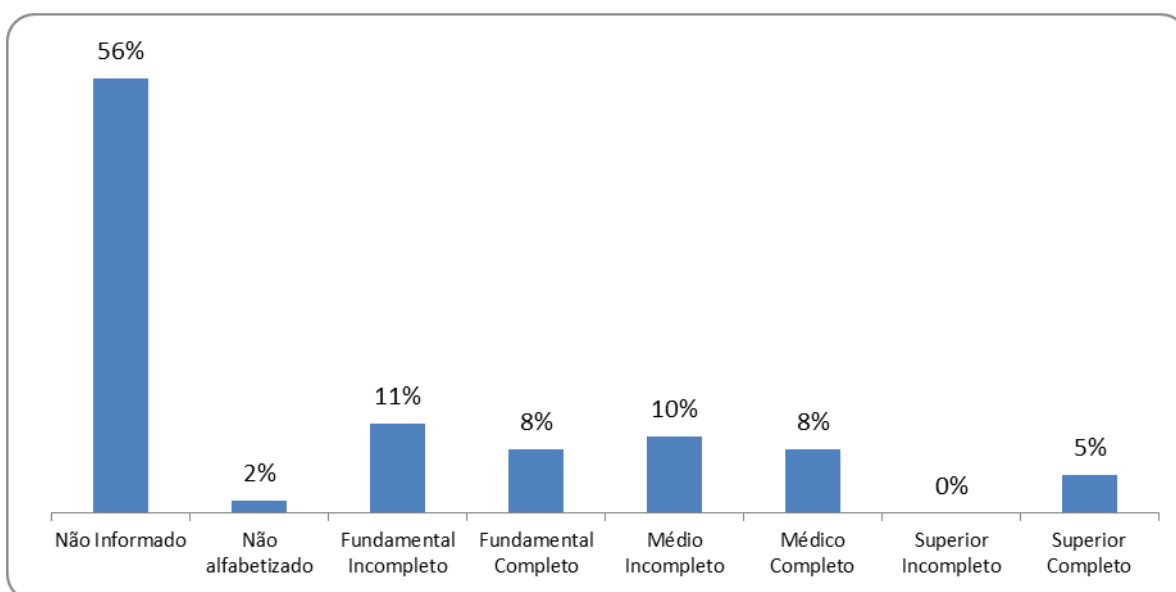
Durante a pesquisa dos prontuários observou-se que 8% pacientes tinham UPP e estavam realizando tratamento, com predomínio da população cadeirante, porém, nos prontuários de 51 pacientes não tinham registrado esta informação.

Figura 1 - Distribuição percentual da faixa etária de pacientes atendidos no Ambulatório de Reabilitação do CHS. Sorocaba, 2013



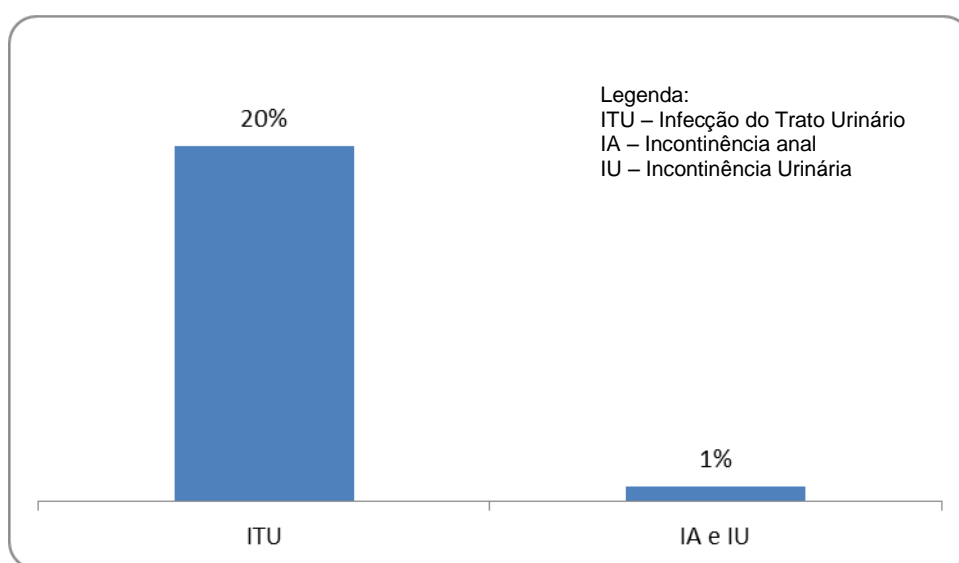
A média de idade dos 61 pacientes atendidos no Ambulatório de Reabilitação do CHS, nos últimos 5 anos é de 45 anos, e o menor percentual é de pessoas na faixa dos 18 a 25 anos, 23% dos entrevistados tem 46 anos ou mais idade e 2% não informado.

Figura 2 - Distribuição percentual da escolaridade dos pacientes que realizam CIL. Sorocaba, 2013



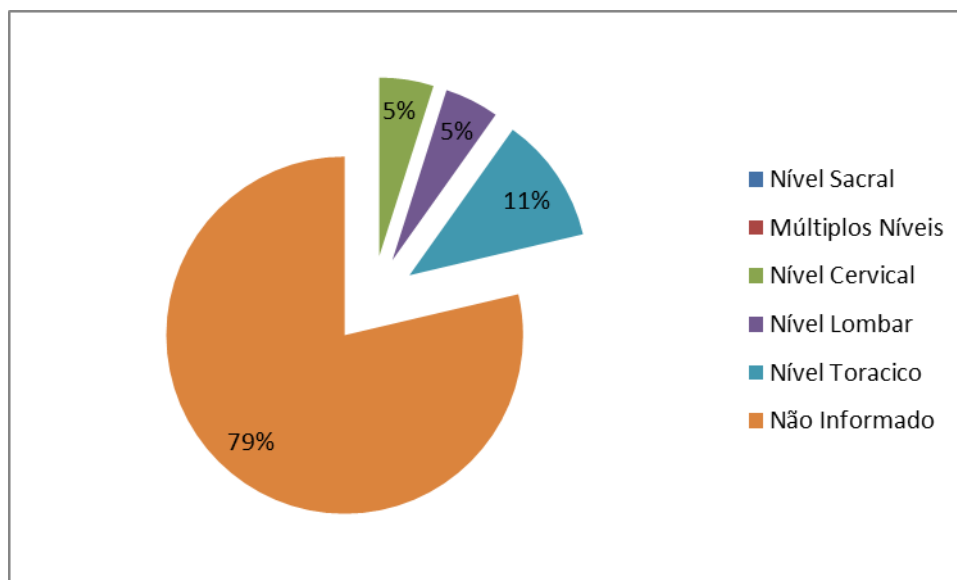
Na Figura 2 estão os 61 pacientes convocados, o índice de escolaridade apresentou da seguinte forma: o Ensino Fundamental Incompleto 11% e Ensino Médio Incompleto 10% dos analisados. Em seguida estão aqueles com Ensino Fundamental Completo e Ensino Médio Completo perfazendo um total de 8%, seguido dos que têm Ensino Superior Completo 5% e por último, estão os Não Alfabetizados 2% e 56% não informados.

Figura 3 - Distribuição percentual das intercorrências dos pacientes no Ambulatório que realizam CIL. Sorocaba, 2013



Na Figura 3 observa-se o percentual dos 61 pacientes, 20% dos pacientes que já tiveram Infecção do Trato Urinário (ITU) e ainda 1% da população pesquisada apresentaram simultaneamente perda urinária e de fezes.

Figura 4 - Distribuição percentual de nível de lesão medular dos pacientes do no Ambulatório de Reabilitação do CHS – Sorocaba, 2013.



Diante dos dados colhidos dos 61 pacientes convocados, 11% apresentaram lesão em nível torácico, 5% em nível cervical, 5% em nível lombar, 79% não houve obtenção de informações nos prontuários.

6 DISCUSSÃO

Denomina-se lesão medular toda injúria às estruturas contidas no canal medular (medula, cone medular e cauda equina), podendo levar a alterações motoras, alteração de tônus muscular, alterações dos reflexos superficiais e profundos, alteração ou perda das diferentes sensibilidades (tátil, doloroso, de pressão, vibratória, proprioceptiva), perda de controle esfinteriano, disfunção sexual e alterações autonômicas como vasoplegia, alteração de sudorese, controle de temperatura corporal entre outras ⁽⁶⁾. Após analisar cuidadosamente as diversas etiologias apresentadas observa-se que a maioria é de origem traumática, correspondendo a 79% de um universo de 61 pacientes, no entanto há divergências entre a etiologia mais comum que é condizente com o referencial bibliográfico. Em estudos de centros de reabilitação revelam que a maior parte dos casos relaciona-se a acidentes automobilísticos e ferimentos por projétil de arma de fogo como segunda causa mais comum ⁽¹¹⁾. Já em levantamentos realizados em centros de referência em traumatologia da cidade de São Paulo, a causa mais comum relaciona-se a quedas, em especial quedas de laje ⁽⁶⁾. Vale ressaltar que estes

últimos estudos também mostram uma diminuição da ocorrência por acidentes automobilísticos, sendo observado aumento apenas nos acidentes de motocicletas ⁽¹¹⁾. E as causas não traumáticas, correspondem à cerca de 21% dos casos de lesão medular da pesquisa e conforme a bibliografia ⁽¹⁵⁾ equivale a 20% das etiologias não traumáticas e que estas compreendem um vasto leque de doenças como mielomeningocele, tumores intra e extra-medulares, fraturas patológicas (metástases vertebrais, tuberculose, osteomielite e osteoporose), estenose de canal medular, deformidades graves da coluna, hérnia discal, isquemia (em especial associada a aneurismas de aorta), infecciosas (p. ex. mielite transversa, paraparesia espática tropical, HTMLV) e auto imunes (p. ex. esclerose múltipla) ⁽¹¹⁾.

Diante das informações obtidas dos 12 pacientes que se apresentaram, 11% era com lesão em nível torácico, 5% em nível cervical, 5% em nível lombar e não houve ocorrência de lesão em nível sacral. A lesão medular é classificada segundo a padronização internacional determinada pela American Spinal Injury Association – ASIA ⁽⁶⁾.

O exame neurológico deve ser realizado segundo o protocolo da ASIA onde examinamos a força motora, sensibilidade e reflexos.

Cabe ressaltar que em casos traumáticos, durante a fase de choque medular, pode haver ausência de reflexos, sendo impossível durante este período prever se a lesão é completa ou incompleta. Em relação ao nível da lesão medular, define-se como tetraplegia o acometimento de tronco, membros superiores e inferiores e paraplegia como o comprometimento de tronco e membros inferiores. Na propedêutica, conceituamos plegia como a ausência de movimento voluntário e paresia como a presença de contração muscular voluntária com diminuição da força. No entanto na ASIA recomenda que nos casos de lesão medular sempre se classifique como tetraplegia ou paraplegia. A diferenciação dos casos nos quais há movimentação muscular ativa e/ou preservação sensitiva abaixo do nível de lesão se dá por uma escala específica (Frankel ou Asia Impairment Scale) ⁽⁶⁾.

Nesta pesquisa constatou-se que a primeira causa de indicativa para CIL são as Lesões Medulares Traumáticas, representadas por 79% dos casos, sendo que destes, 80% são homens ⁽¹⁶⁾ e na pesquisa foi representado por 82% pacientes homens. A média de idade dos pacientes entrevistados e atendidos no Ambulatório de Reabilitação do CHS foi de 45 anos. O menor percentual é daquelas pessoas na faixa dos 18 a 25 anos, sendo que pessoas abaixo dos 18 anos foram excluídos do

estudo, e 23% dos entrevistados têm 46 anos ou mais idade e 2% não obtivemos as informações.

A maior porcentagem está entre aqueles que tem Ensino Fundamental Incompleto 11% e o Ensino Médio Incompleto 10% dos analisados. Em seguida estão aqueles com Ensino Fundamental Completo e Médio Completo perfazendo um total de 8%, seguido dos que têm Ensino Superior Completo 5% e por último com um baixo índice são os Não Alfabetizados 2%. No estudo realizado em 12 pacientes, observa-se uma relação entre uma menor escolaridade e a maior ocorrência de UPP. Identificou-se que 10% dos entrevistados de um universo de 61 pacientes, 8% dos pacientes tinham úlcera por pressão com predomínio da população cadeirante e, comparado com estudo americano ⁽⁶⁾ A ulcera por pressão é uma complicação evitável que leva à uma série de comprometimentos sociais e econômicos e que atrasa o processo de reabilitação. Um estudo americano com 1,4 mil pacientes com LM a pelo menos um ano aponta que destes, 39% reportaram ter tido pelo menos uma UPP no último ano e 20,4% relataram apresentar uma na ocasião da pesquisa ⁽⁶⁾.

Sempre que um paciente com DNTUI apresenta episódios de infecção do trato urinário, as orientações educacionais sobre cateterismo vesical intermitente devem ser revistas, considerando-se os riscos de complicações que as mudanças no padrão miccional podem levar, como alterações no sistema urinário como um todo, desde aumento da pressão intravesical, incontinência urinária e infecção do trato urinário, até avançados graus de lesão do trato urinário superior, refluxo vesicoureteral, cálculos urinários, deteriorando progressivamente a função renal devido à alta pressão intravesical e as infecções repetidas. Estes pacientes necessitam de avaliação e segmento periódico de um médico urologista. A DNTUI pode gerar incidentes com os quais os pacientes devem estar familiarizados para saber como preveni-los e trata-los, tais como à perda involuntária de urina ou retenção urinária prolongada. O paciente deve ficar atento às sensações que pode indicar que sua bexiga está cheia, e pode ser hora de esvazia-la, já que a sensibilidade esta alterada, dentre elas: Não sentir nada, ter uma ligeira sensação de peso (é importante tentar ouvir o corpo), sentir o abdome duro e inchado, sentir dor de cabeça, apresentar sudorese, ter um aumento das contrações musculares, apresentar vermelhidões na pele, ter ligeiro arrepio no corpo (braços ou nuca). ⁽¹¹⁾ Não há estimativas sobre a prevalência geral da DNTUI na população geral, mas

sim, informações sobre a prevalência de doenças do sistema nervoso e o risco relativo para a ocorrência desta condição (lesão da medular espinhal, tumores cerebrais, demência, retardo mental, paralisia cerebral, hidrocefalia, doença cerebrovascular, doenças desmielinizantes, doenças dos discos intervertebrais, DM, etilismo, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome da imunodeficiência humana). ⁽¹⁶⁾

Nota-se que 20% dos 61 pacientes entrevistados foram acometidos de Infecção do Trato Urinário (ITU) e ainda 1% da população pesquisada apresentaram simultaneamente IU e IA. A ITU é a complicação mais frequente, mas sua incidência varia muito na literatura. Já a bacteriúria assintomática está presente em 70% dos pacientes em programa de CIL, caracteriza-se pela cultura da urina positiva (>10⁵ UFC/ml) ausência de sintomas^{(11),(17)}. Vários estudos demonstram que a bactéria mais prevalente é a E coli. Antibioticoprofilaxia é contra indicada pois elimina as bactérias da urina, da uretra e do períneo, mas a recolonização é rápida e feita por cocos G+ mais resistentes além disso não existe evidencia que reduza os episódios sintomáticas do trato urinário⁽¹⁸⁾. Sempre que o paciente tiver uma ITU e for tratado com antibióticos, é muito importante que o motivo desta infecção seja investigado. Deve-se rever a técnica do CIL, uso adequado do material, ingestão de líquidos, funcionamento intestinal, intervalos entre os CIL. Caso não se identifique qualquer anormalidade, rever estudo urodinâmico pois pode ter havido alteração na dinâmica do bexiga.

7. CONCLUSÃO

Realizou-se uma busca ativa de pacientes que foram capacitados para o CIL no Ambulatório de Reabilitação do CHS, nos últimos cinco anos e analisou o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes contatados.

As medidas educativas realizadas em âmbito ambulatorial têm surtido o efeito esperado, reduzindo os índices de complicações envolvendo o trato urinário como um todo, e assim, preservando a saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

No Brasil, um país onde a falta de informação ainda mata milhares de pessoas todos os anos, a redução dos índices de ITU constatada pela pesquisa, tem um mérito ainda maior. Somente por meio de informação, o ganho de conhecimento e da socialização dele é que as pessoas poderão ganhar qualidade de vida e eliminar casos de doenças e epidemias relacionadas tão exclusivamente com o saneamento básico e higiene pessoal.

Os 12 pacientes que responderam a convocação foram capacitados para o CIL, através de treinamento com uma linguagem simples e acessível, os mesmos compreendendo a importância da adesão ao programa.

O estudo possibilitou a identificação do perfil sócio-demográfico sendo o menor percentual dos pacientes na faixa dos 18 a 25 anos, lembrando que abaixo dos 18 anos foram excluídos do estudo, e 23% dos entrevistados tem 46 anos ou mais idade.

Foram identificados um total de 61 pacientes entraram no critério de inclusão, foram convocados para comparecerem no ambulatório de Reabilitação Vesico Intestinal do CHS, mas compareceram 12 pacientes e 49 não compareceram e foram reconvocados.. Para os 48% dos pacientes em que o SAME não disponibilizou dados, foi realizada uma busca no sistema de informática do ambulatório e feita a convocação de 58 pacientes que deverão comparecer no Ambulatório de Reabilitação Vesico Intestinal para serem recapitados para o CIL, nas próximas semanas.

No perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes atendidos analisamos que a faixa etária predominante foi e 26 a 46 anos correspondendo a 6 pacientes, a escolaridade o índice maior foi de Ensino Fundamental Completo entre 5 pacientes, o gênero masculino foi de 10 pacientes.

Podemos considerar então, por todos os estudos e produções neste campo, pelas demais evidências mostradas na prática e no cotidiano que os pacientes encaminhados para o ambulatório foram satisfatoriamente capacitados para aderir ao programa do CIL que é um elemento essencial pois favorece a prevenção de complicações dentre elas, a perda da função renal, tão temida por todos. É de suma importância entender os caminhos percorridos pelos pacientes na busca de assistência, pois, para ele é um momento bastante estressante, embaraçoso e tecnicamente difícil, suas dificuldades e potencialidades devem ser ressaltadas para que esta indicação possa ser fator determinante para a adesão do paciente a um programa de CIL e que esta, por sua vez, pode ser a distância entre uma vida dependente de um cuidador e com alto risco à saúde e uma vida com qualidade, inclusão social e preservação da saúde relacionada à função renal.

REFERÊNCIAS

- 01 - Azevedo GR, Honji VY. Guia de orientações para profissionais que cuidam de pessoas com incontinência urinária. Rio de Janeiro. Coloplast, 2006: 12-15.
- 02 - Guttman L, Frankel H. The value of intermittent catheterization in the early management in the traumatic paraplegia and tetraplegia. Paraplegia. 1996.
- 03 - Lapides J, Diokno AC, Silver SJ, Lowe BS. Clean Intermittent Self-Catheterization in the treatment of urinary tract disease. The Journal of Urology: 1972; 167(2): 458-461.
- 04 - Hay-Smith J.; Berghmans B, Burgio K, Dumoulin C, Hagen S, Moore K, *et al.* Adult conservative management. In: Abrams, P.; Cardozo, L.; Khoury, S.; Wein, A. 4th International Consultation on Incontinence. Editions 21. Paris: Playmount for Health Publications Ltd, 2009
- 05 - Moore KN, Burt J, Voaklander, DC. Intermittent catheterization in the rehabilitation setting: a comparison of clean and sterile technique. Clinical Rehabilitation. 2006; 20: 461 – 468.
- 06 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular, 2012.
- 07 - Tanagho EA, Lue TF. Distúrbios da Bexiga Neuropática. In.: Tanagho EA, McAninch JW. Urologia Geral de Smith. 16 ed. Barueri. Manole. 2007:484-503.
- 08 - Brushini H, Damião R. Incontinência urinária Uroneurologia, Disfunções miccionais – Sociedade Brasileira de Urologia. São Paulo: BG Cultural. 1999:273-278.
- 09 - Greve JMD, Ares MJ. Reabilitação da lesão da medula espinhal. In.: Greve JMD, Amatuzzi MM. Medicina de Reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia. São Paulo: Roca, 1999:323 – 360.
- 10 - Lianza S, Casalis MEP, Greve JMD. A Lesão Medular. In: Lianza, S. Medicina de Reabilitação. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995:304 – 326.
- 11 - Azevedo GR, Assistência a pessoas com disfunções miccionais: guia de orientação para profissionais e gestores. Sorocaba; 2013.
- 12 - Vah S, Cobussen –Boekhorst H, Eikenboom J, Geng V, Holroyd S, Lester M, *et al.* Catheterisation urethral intermittent in adults: dilatation, urethral intermittent in adults. Netherlands: European Association of Urology Nurses; 2013.
- 13 - Assis G.M. Satisfação de pessoas com lesão medular com a utilização de cateteres vesicais de diferentes tecnologias. 2012. 84-87f. Dissertação (Mestrado tecnologia em saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2012.
- 14 - Esperidião M, Trad, L.A.B. Avaliação de satisfação do usuário. Ciência e Saúde Coletiva; 2005.

15 - Sociedade Brasileira de Urologia., Projeto Recomendações Sociedade Brasileira de Urologia 2013:Ureneurologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia; 2013

16 - Sociedade Brasileira de Urologia., Projeto Recomendações Sociedade Brasileira de Urologia 2012: Uroneurologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia; 2012.

17 - Greve M.J.D, Ares, M.J. Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinhal. São Paulo: Roca; 2001.

18 - Moroóka M, Faro ACM. A técnica limpa do autocateterismo vesical Intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(4): 324-31

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador (a) do RG nº: _____, de nacionalidade: _____, residente da cidade: _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **“CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE LIMPO: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES”** cujo objetivo é identificar a adesão do programa de CIL.

Sei que ao início do estudo fornecerei dados relativos à minha idade, sexo, escolaridade, nível da lesão, tempo que realizo o cateterismo e se tenho sensibilidade na uretra.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma, me identificar, será mantido sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Quanto a custos, sei que minha participação é voluntária, de forma que não receberei nenhuma forma de ressarcimento por ela. Sei, por outro lado, que não terei nada a pagar.

As pesquisadoras envolvidas com o referido estudo são Giseli Rodrigues, Marília M^a. A. de Oliveira, sob orientação e co – orientação da Prof.^a Dr.^a Alcirene Cabral e Prof.^a Dr.^a Gisele Regina de Azevedo, e com elas posso entrar em contato para qualquer esclarecimento pelo número (015) 9786-6937 (Marília).

É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

_____, _____ de _____ de 2012

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nome da pesquisadora responsável
Giseli Rodrigues

Nome da pesquisadora responsável
Marília M^a. A. de Oliveira

1º via – Pesquisador/

2º via – Sujeito da pesquisa

Apêndice 2

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE-
PUC/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE LIMPO: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Pesquisador: Alcirene Helena Cabral

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 11267913.2.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 315.244

Data da Relatoria: 25/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto pretende avaliar, através de questionário, a adesão de pacientes com disfunção neurogênica da micção ao procedimento de cateterismo intermitente limpo (CIL).

Objetivo da Pesquisa:

Realizar busca ativa de pacientes que foram capacitados para a realização de CIL no Ambulatório de Reabilitação do CHS, nos últimos cinco anos;

- Analisar o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes contatados que aceitem participar do presente estudo;

- Realizar nova intervenção educativa para esses pacientes para a retomada do CIL, em consulta de enfermagem, se necessário;

- Identificar a adesão dos pacientes que realizam CIL.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos relevantes. Quanto ao benefícios, sabe-se que as complicações da disfunção neurogênica da micção atingem o trato urinário, mas também há outras alterações clínicas. Deste modo, a melhor abordagem desta disfunção poderá levar à redução de tais complicações, impactando positivamente na saúde destes indivíduos.

Endereço: Praça Dr. José Erminio de Moraes, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-230

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (153)212-9898

Fax: (153)212-9898

E-mail: cepcomb@pucsp.br

Apêndice 3

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE-
PUC/SP



Continuação do Parecer: 315.244

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto anexado no dia 14/6 apresenta cronograma errado, mas existe uma carta de retificação na qual o cronograma foi corrigido adequadamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

corrigir o cronograma no corpo do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

acatar

SOROCABA, 25 de Junho de 2013

Assinador por:
José Augusto Costa
(Coordenador)

Endereço: Praça Dr. José Ermirio de Moraes, 290
Bairro: Vergueiro CEP: 18.030-230
UF: SP Município: SOROCABA
Telefone: (153)212-9898 Fax: (153)212-9898 E-mail: cepcomb@pucsp.br

ANEXO

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Cidade de origem: Sorocaba há _____ anos		Reside em		Data:			
Nome						Data Nasc.	Idade
Etnia <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> indig <input type="checkbox"/> amarela		Est Marital <input type="checkbox"/> c/comp <input type="checkbox"/> s/comp		Religião <input type="checkbox"/> cat <input type="checkbox"/> evang <input type="checkbox"/> espir <input type="checkbox"/> bud <input type="checkbox"/> jud <input type="checkbox"/> islâm		Profissão	
				Ocupação		Escolaridade: <input type="checkbox"/> Fund <input type="checkbox"/> Méd <input type="checkbox"/> Sup <input type="checkbox"/> Compl <input type="checkbox"/> Incompl	
Endereço:							
Bairro		CEP		Fone		Médico responsável	
Renda familiar total: R\$		Total pessoas domicílio		Pessoas ≥ 15 anos		Tipo de residência: <input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outro	
						No. de Cômodos	
Características do domicílio: <input type="checkbox"/> Água encanada <input type="checkbox"/> Energia elétrica <input type="checkbox"/> Coleta Esgoto <input type="checkbox"/> Coleta lixo <input type="checkbox"/> Asfalto <input type="checkbox"/> Coletiva							
IDENTIFICAÇÃO	Doenças que tem: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Neuropatia <input type="checkbox"/> Vasculopatia <input type="checkbox"/> Outra _____						Cirurgias que já fez:
	Doenças que teve: Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____						
	Doenças na família:						
	Como começou o problema de bexiga:						
DADOS GERAIS DE SAÚDE	Tratamentos feitos:						Medicamentos em uso:
	Tratamentos _____ que _____ faz: _____						
	Hormonioterapia: _____						
	Alergias		Hábito intestinal Anterior:		Hábito intestinal Atual:		
	Tabagismo: _____ cigarros/dia Uso de Drogas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: <input type="checkbox"/> maconha <input type="checkbox"/> cocaína <input type="checkbox"/> crack <input type="checkbox"/> Outra _____ Quantidade: _____ vezes/dia						
SEXUALIDADE	Mobilidade: _____ Atividade física: _____						
	Relações sexuais: <input type="checkbox"/> não - Por quê? _____ <input type="checkbox"/> sim - Frequência _____		Método contraceptivo: <input type="checkbox"/> condom <input type="checkbox"/> laqueadura <input type="checkbox"/> histerectomia <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> diafragma <input type="checkbox"/> coito interromp <input type="checkbox"/> outro				
	Alterações no desempenho sexual: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim . Quais? _____		<input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> Partos vaginais <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/> Gestações Ciclo menstrual: _____ dias Duração menstruação _____ dias Climatério Duração _____ Caract. _____ Menopausa há _____ Caract. _____				
	<input type="checkbox"/> Falta de lubrificação vaginal <input type="checkbox"/> Aus. orgasmo <input type="checkbox"/> Dispareunia <input type="checkbox"/> Falta/diminuição libido <input type="checkbox"/> Disfunção erétil <input type="checkbox"/> Aus. Ejaculação <input type="checkbox"/> Outra _____						
LÍQ.	Hábito Alimentar						
	Consumo de bebidas carbonatadas: () copos/dia			Consumo de cafeína (chá preto, chá mate, café, refrigerantes de cola): () copos/dia			
	Consumo de bebida alcoólica: () copos/dia			Ingestão hídrica diária total: () copos/dia			
LESÃO NEUROLÓGICA	Consumo de pimentas: _____ refeições/dia						
	Etiologia <input type="checkbox"/> traumática _____ <input type="checkbox"/> não traumática _____						
	Causa _____						
	Nível esquelético		Grau		Tipo		
	Nível neurológico motor: <input type="checkbox"/> direito _____ <input type="checkbox"/> esquerdo _____ Nível neurológico sensitivo: <input type="checkbox"/> direito _____ <input type="checkbox"/> esquerdo _____		Completa <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Incompleta <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		Escala de deficiência ASIA		
	Zona de preservação parcial: Sensitivo <input type="checkbox"/> Direito _____ <input type="checkbox"/> Esquerdo _____ Motor <input type="checkbox"/> Direito _____ <input type="checkbox"/> Esquerdo _____						

<input type="checkbox"/> Perda de consciência	<input type="checkbox"/> Primeiros socorros: _____	<input type="checkbox"/> Tratamento fase aguda
Local de internação: _____ e _____ Tempo de _____ de _____		
Lesões cranianas: _____ intra-_____		
Complicações: <input type="checkbox"/> infecção pulmonar <input type="checkbox"/> TVP <input type="checkbox"/> TEP <input type="checkbox"/> UP <input type="checkbox"/> Espasticidade <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Tratamentos: <input type="checkbox"/> Fono <input type="checkbox"/> Fisio <input type="checkbox"/> TO <input type="checkbox"/> Enf <input type="checkbox"/> Fisiatria <input type="checkbox"/> Neuro <input type="checkbox"/> Pneumo <input type="checkbox"/> Nefro <input type="checkbox"/> Uro <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Outro _____		
Cuidador domiciliar: _____		
Uso de órteses/próteses: _____		

Sensação de repleção vesical: _____

Sensação de micção: _____

Tempo de perda de urina: () menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 4 a 5 anos () 6 ou mais anos

-Quantidade de urina perdida (sensação): **(a) úmido (b) molhado (c) encharcado**

-Frequência do uso dos recursos: **(a) sair de casa (b) 1 X ao dia (c) 2 X ao dia (d) 3 ou mais X dia**

Recursos utilizados: () nenhum () absorventes () fraldas () CVD () CIL () papagaio/comadre

-Frequência sintomas: **(a) menos 1 X mês (b) 1 ou várias X mês (c) 1 ou várias X semana (d) todos os dias (e) todos os dias e algumas noites (f) todas as noites (g) todos os dias e todas as noites**

Sintomas: () frequência diurna aument () noctúria () urgência () urge-incontinência () enurese noturna () disúria () incont. relações sexuais () IUE () hematúria () retenção () ITU anterior () ITU repetição () ITU atual () jato fraco () divisão jato () jato intermitente () hesitação () esforço () gotejamento terminal () sensação esvaziamento incompleto () gotejamento pós-miccional

-Características da urina: Cor _____ Odor _____

- Sedimentos/Resíduos _____

-Cálculos vesicais/renais: _____

DORES: () Dor vesical () Dor uretral () Dor vulvar/perineal () Dor vaginal () Dor pélvica () Dor à palpação () Dor na repleção vesical

-Classificação da IU: _____

Você costuma ter um desejo forte de evacuar, que o obrigue a deixar sua atividade e correr para o banheiro? () Não () Sim. Com que frequência? _____

Nessas situações, acontece de você perder fezes antes de chegar ao banheiro? () Não () Sim. Com que frequência? _____

Você perde fezes sem perceber? () Não () Sim. Com que frequência? _____ Em quais situações? _____

- Sensação de repleção intestinal: _____ **Sensação de evacuação:** _____

- Tempo de perda de fezes/gases: () menos de 1 ano () 1 a 3 anos () 4 a 5 anos () 6 ou mais anos

- Quantidade de fezes perdidas (sensação): **(a) borrar a roupa íntima (b) molhar (c) encharcar/encher**

- Medicamentos: () formadores de volume () lubrificantes () agentes salinos () bloqueadores colinérgicos () agentes absorventes () adstringentes () lactobacilos () outros _____

- Manobras de esvaziamento: () Valsalva () Rosing () Retirada manual () Outra _____

-Características mais comum das fezes (Tipos 1 a 7 - BSFS): () pastosas () líquidas () endurecidas () ressecadas () muco () sangue

-Frequência do uso dos recursos: **(a) sair de casa (b) 1 X ao dia (c) 2 X ao dia (d) 3 ou mais X dia**

Recursos utilizados: () nenhum () absorventes () fraldas () plug anal () outro _____

-Frequência sintomas: **(a) menos 1 X mês (b) 1 ou várias X mês (c) 1 ou várias X semana (d) todos os dias (e) todos os dias e algumas noites (f) todas as noites (g) todos os dias e todas as noites**

Sintomas: () diarreia () constipação () fecaloma () obstrução () soiling () urgência para evacuar () evacuação incompleta () necessidade de esforço 25% tempo () necessidade de esforço 3 X semana

Data do Estudo Urodinâmico: / / - Dr.

Urofluxometria inicial:

Cistometria:

Estudo miccional:

Conclusões:

Outros exames:

Prescrição de Enfermagem:

Evolução de Enfermagem: