UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BEATRIZ MARIA JORGE

Ultrassom portátil de bexiga: evidências científicas e
autoconfiança do enfermeiro

RIBEIRÃO PRETO

2013

BEATRIZ MARIA JORGE

Ultrassom portátil de bexiga: evidências científicas e
autoconfiança do enfermeiro

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto
com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Alessandra Mazzo

RIBEIRÃO PRETO

2013

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

Jorge, Beatriz Maria

Ultrassom portátil de bexiga: evidências científicas e autoconfiança do enfermeiro . Ribeirão Preto, 2013.

87 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Alessandra Mazzo

1. Enfermagem. 2. Retenção Urinária. 3.Ultrassom.

JORGE, Beatriz Maria

Ultrassom portátil de bexiga: evidências científicas e autoconfiança do enfermeiro

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*Este trabalho foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior (CAPES)*

Dedico esta dissertação...

*Aos meus pais, Célia e Antonio por terem me dado à vida e me
ensinado a viver, pelos valores e incentivos.*

À minha irmã Brígida e ao meu irmão Ivan pela eterna cumplicidade.

*Ao meu amado, José Luis, pelo incentivo, pelo apoio, pelo companheirismo e pelo
carinho durante esta jornada. Obrigada por estar ao meu lado!*

Agradecimentos

À Deus que sempre me amparou e me conduziu para o melhor caminho.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Alessandra Mazzo, a quem posso chamar sem dúvidas de amiga, por ter me mostrado que um orientador não é um ser a ser temido, e sim uma pessoa que, além de te guiar academicamente, está aberta a escutar suas ânsias, desejos, virtudes e medos.

À banca de qualificação, Prof^a Dr^a Isabel Amélia Costa Mendes e Prof. Dr. José Carlos Amado Martins, pelas excelentes sugestões e críticas ao meu trabalho.

À todos meus amigos.

À todos os docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESUMO

JORGE, B. M. **Ultrassom portátil de bexiga: evidências científicas e autoconfiança do enfermeiro**. 2013. 87f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A assistência de enfermagem na retenção urinária (RU) incorre na importância da avaliação clínica do enfermeiro. O ultrassom portátil de bexiga (US) é um método não-invasivo que permite diagnosticar o problema, avaliar o volume de urina na bexiga, e decidir ou não, pela realização do cateterismo urinário. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto do uso do ultrassom portátil de bexiga na autoconfiança do enfermeiro durante a avaliação do paciente em retenção urinária. Estudo realizado em duas etapas. Etapa 1- Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Web of Science através dos descritores enfermagem, retenção urinária e ultrassom. Foram incluídas as publicações realizadas no período de 2001 a 2011, nos idiomas inglês, português e espanhol que responderam a pergunta da pesquisa. Etapa 2- Estudo descritivo, mediante autorização ética (Parecer P129-12/2012), desenvolvido junto aos enfermeiros de um Centro de Reabilitação de Portugal, com auxílio de *Escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária* (EAAERU). Trata-se de uma escala já validada, tipo Likert de 32 itens, agrupados em cinco fatores: medidas prévias a realização do cateterismo voltadas ao preparo do paciente e profissional; comunicação, consentimento e preparo do material para realização do cateterismo urinário; medidas realizadas durante a realização do cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas; medidas realizadas após a realização e retirada do cateterismo; avaliação objetiva da RU. Foram encontrados os seguintes resultados: Etapa 1 - Dos 234 artigos encontrados, após leitura exaustiva dos títulos e resumos, foram selecionados 21 artigos. Entre eles, 21 (100,0%), todos foram publicados em inglês, 10 (47,6%) em periódicos de enfermagem, 10 (47,6%) em periódicos médicos e 1 (4,7%) em periódico interdisciplinar. Em relação aos níveis de evidência, 1 (4,7%) apresentou nível I, 1 (4,7%) nível II, 9 (42,8%) nível III, 1 (4,7%) nível IV e 9 (42,8%) nível VI. Quanto aos países de publicação: Canadá (19,0%), Estados Unidos da América (19,0%), Inglaterra (19,0%), Noruega (9,5%), Taiwan (9,5%), Itália (9,5%), Austrália (4,7%), Holanda (4,7%) e França (4,7%). O ano que apresentou maior número de publicações foi o de 2005 (28,5%). Todos os artigos demonstram a eficácia e a eficiência do uso do equipamento na avaliação do paciente em retenção urinária. Etapa 2 - Fizeram parte da amostra 40 enfermeiros; a maioria do sexo feminino (62,5%), com idade média de 35,3 anos, que obtiveram o título de Enfermagem entre 1978 e 2010. Entre eles 13 (32,5%) eram especialistas em reabilitação. A maior parte dos enfermeiros referiu que trabalha na profissão há cerca de 20 anos e 23 (57,5%) possuem menos de cinco anos de tempo de experiência no local de trabalho atual. Assim como na escala original para avaliação dos itens da escala foi utilizado o teste do Alpha de Cronbach que demonstrou uma elevada correlação (Valor de Alpha 0,969) de todos os itens da EAAERU. Quanto à análise de correspondência da autoconfiança dos enfermeiros em relação aos cinco fatores propostos pela escala os resultados demonstraram que os enfermeiros referem confiante, muito confiante e completamente confiante para medidas prévias a realização do cateterismo voltadas ao preparo do paciente e profissional; muito

confiante e completamente confiante para comunicação, consentimento e preparo do material para realização do cateterismo urinário; muito confiante e completamente confiante para medidas realizadas durante a realização do cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas; completamente confiante para medidas realizadas após a realização e retirada do cateterismo e pouco confiante e confiante para avaliação objetiva da RU. Conclui-se que o US é um método eficiente e confiável, que supera a investigação de sinais e sintomas clínicos. Permite o diagnóstico precoce, é um procedimento não invasivo, indolor, que utiliza a tecnologia de forma segura e avalia com precisão a necessidade ou não do cateterismo urinário, evitando a distensão excessiva da bexiga urinária e as complicações oriundas desse fato. Conforme os resultados da amostra é possível observar que mesmo com os predicados que o US possui, na assistência de enfermagem a retenção urinária, a avaliação do paciente em RU é o procedimento mais complexo e exerce influência negativa na autoconfiança do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem; Retenção Urinária; Ultrassom.

ABSTRACT

JORGE, B. M. **Portable ultrasound bladder: scientific evidence and self confidence of nurses.** 2013. 87f. Thesis (Master Degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

Nursing care in urinary retention (RU) incurs the importance of clinical evaluation of the nurse. The portable bladder ultrasound (US) is a noninvasive method that allows you to diagnose the problem, assess the volume of urine in the bladder and decide whether or not for performing urinary catheterization. This study aimed to evaluate the impact of the use of portable ultrasound bladder for the nurse's confidence during patient evaluation in urinary retention. This study was conducted in two stages: Step 1 - Integrative literature review conducted in CINAHL, MEDLINE and Web of Science databases using descriptors of nursing, ultrasound and urinary retention. Publications in the period 2001-2011 in English, Portuguese and Spanish which answered the survey questions. Step 2 - Descriptive study by ethical commitment (Opinion P129-12/2012), developed together with nurses in a rehabilitation center of Portugal with the aid of Self-Confidence Scale in Nursing Assistance Urinary Retention (EAAERU). This is a validated scale, Likert 32 items, grouped into five factors: previous steps of the catheterization realization focused on patient and professional's preparation; communication, consent and preparation of the material for performing urinary catheterization; steps performed during urinary catheterization performing and/or iatrogenic situations; steps taken after the completion of the catheterization and withdrawal; objective evaluation of UR. Were found the following results: Step 1 - Of the 234 articles found, after carefully reading the titles and abstracts, 21 articles were selected. Among them, 21 (100,0%) , were all published in English , 10 (47,6 %) in nursing journals, 10 (47,6%) in medical journals and 1 (4,7%) in interdisciplinary journal. Regarding the levels of evidence , 1 (4,7%) presented level I, 1 (4,7%) level II, 9 (42,8%) level III, 1 (4,7%) level IV and 9 (42,8%) level VI. The countries of publication: Canada (19,0%), United States of America (19,0%), England (19,0%), Norway (9,5%), Taiwan (9,5%), Italy (9,5%), Australia (4,7%), Netherlands (4,7%) and France (4,7%). The year that had the highest number of publications was 2005 (28,5%). All articles demonstrate the effectiveness and efficiency of the use of equipment to assess patients in urinary retention. Step 2 - The sample consisted of 40 nurses, the majority of females (62,5%) with mean age of 35,3 years, who obtained the title of Nursing between 1978 to 2010. Among them, 13 (32,5%) were specialists in rehabilitation. Most nurses reported working in the profession for about 20 years and 23 (57,5%) have less than five years of experience time in the current workplace. As in the original scale for assessment of the scale items the Cronbach's Alpha test which showed a high correlation (0,969 Alpha value) of all items SSNAUR. As for the correspondence analysis of the self-confidence of nurses in relation to the five factors proposed by the scale results showed that nurses refer confident, very confident and totally confident to previous steps of the catheterization realization focused on patient and professional's preparation; very confident and completely confident to communication, consent and preparation of the material for performing urinary catheterization; very confident and completely confident to steps performed during urinary catheterization performing and/or iatrogenic situations; completely confident to steps taken after the completion of the catheterization and withdrawal; and little confident and confident for objective evaluation of UR. It is concluded that

the US is an efficient and reliable method, which overcomes the investigation of clinical signs and symptoms. Allows early diagnosis, is a painless, non-invasive procedure that uses technology in a safe way and assess accurately the need or not urinary catheterization, avoiding excessive distension of the urinary bladder and the complications arising from that fact. As the sample results can be observed that, even with the predicates that the US has, in nursing care for urinary retention, patient assessment in the UR is the most complex procedure and exerts negative influence on the confidence of nurses.

Keywords: Nursing; Urinary Retention; Ultrasonics.

RESUMEN

JORGE, B. M. **Ultrasonido de la vejiga portátil: la evidencia científica y la confianza de las enfermeras.** 2013. 87f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Cuidados de enfermería en la retención urinaria (RU) incurre en la importancia de la evaluación clínica de la enfermera. El ultrasonido de la vejiga portátil (US) es un método no invasivo que permite diagnosticar el problema, evaluar el volumen de orina en la vejiga y decidir si o no para realizar un cateterismo urinario. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto del uso del ultrasonido portátil de vejiga para la confianza de la enfermera mientras la evaluación del paciente acerca de la retención urinaria. Este estudio se realizó en dos etapas: Etapa 1 - Revisión integradora realizada en CINAHL, MEDLINE y Web of Science bases de datos utilizando descriptores de la enfermería; retención urinaria; ultrasonido. Publicaciones en el período 2001-2011 en inglés, portugués y español, que respondieron a las preguntas de la encuesta. Etapa 2 - Estudio descriptivo del compromiso ético (Opinión P129-12/2012), desarrollado en conjunto con los enfermeros en un centro de rehabilitación de Portugal con la ayuda de la confianza en sí mismo Escala en la Asistencia de Enfermería Retención urinaria (EAAERU). Esta es una escala validada, Likert 32 artículos, agrupados en cinco factores: pasos anteriores de la realización de cateterismo centrado en el paciente y la preparación del profesional; comunicación, el consentimiento del paciente y la preparación del material para la realización de la cateterización urinaria; etapas llevadas a cabo durante la realización de cateterismo urinario y/o situaciones iatrogénicas; medidas adoptadas después de la finalización de la cateterización y la retirada; evaluación objetiva de UR. Se encontraron los siguientes resultados: Etapa 1 - De los 234 artículos que se encuentran, después de leer detenidamente los títulos y resúmenes, se seleccionaron 21 artículos. Entre ellos, 21 (100,0%), todos fueron publicados en inglés, 10 (47,6%) en las revistas de enfermería, 10 (47,6 %) en revistas médicas y 1 (4,7%) en la revista interdisciplinaria. En cuanto a los niveles de evidencia, 1 (4,7 %) presentó el nivel I, 1 (4,7%) nivel II, 9 (42,8%) nivel III, 1 (4,7 %) nivel IV y 9 (42,8%) el nivel VI. Los países de la publicación: Canadá (19,0%), Estados Unidos (19,0%), Inglaterra (19,0%), Noruega (9,5%), Taiwán (9,5%), Italia (9,5%), Australia (4,7%), Países Bajos (4,7%) y Francia (4,7%). El año en el que tuvo el mayor número de publicaciones fue de 2005 (28,5%). Todos los artículos demuestran la eficacia y la eficiencia de la utilización del equipo para evaluar a los pacientes en la retención urinaria. Etapa 2 - La muestra estuvo conformada por 40 enfermeras, la mayoría de las mujeres (62,5%) con edad media de 35,3 años, que hayan obtenido el título de Enfermería entre 1978 y 2010. Entre ellos, 13 (32,5%) eran especialistas en la rehabilitación. La mayoría de las enfermeras informaron que trabajan en la profesión desde hace 20 años y 23 (57,5%) tienen menos de cinco años de tiempo de experiencia en el puesto de trabajo actual. Al igual que en la escala original de la evaluación de los ítems de la escala de la prueba alfa de Cronbach que mostró una alta correlación (0,969 valor Alpha) de todos los elementos EAAERU. En cuanto al análisis de correspondencias de la confianza en sí mismo de las enfermeras en relación con los cinco factores propuestos por los resultados de la escala mostraron que las enfermeras se refieren seguro, muy seguro y totalmente seguro para pasos anteriores de la realización de cateterismo

centrado en el paciente y la preparación del profesional; muy seguro y completamente seguro para comunicación, el consentimiento del paciente y la preparación del material para la realización de la cateterización urinaria; muy seguro y completamente seguro para etapas llevadas a cabo durante la realización de cateterismo urinario y/o situaciones iatrogénicas; completamente seguro para medidas adoptadas después de la finalización de la cateterización y la retirada; poco seguro y seguro para evaluación objetiva de UR. Se concluye que los US es un método eficaz y fiable, lo que supera la investigación de los signos y síntomas clínicos. Permite el diagnóstico temprano, es un procedimiento indoloro y no invasivo que utiliza la tecnología de una manera segura y evaluar con precisión la necesidad o no de cateterización urinaria, evitando la distensión excesiva de la vejiga urinaria y las complicaciones derivadas de ese hecho. Como los resultados de la muestra se puede observar que, incluso con los predicados que los US tiene, en los cuidados de enfermería para la retención urinaria, la evaluación del paciente en el RU es el procedimiento más complejo y ejerce influencia negativa en la confianza de las enfermeras.

Palabras clave: Enfermería; Retención Urinaria; Ultrasonido.

LISTA DE GRÁFICO

- Gráfico 1 Análise de correspondência da autoconfiança dos enfermeiros em relação aos cinco fatores propostos na EAAERU. Coimbra, 2013.... 55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de artigos encontrados, selecionados e analisados de acordo com as bases de dados pesquisadas. Ribeirão Preto, 2013.....	32
Quadro 2	Artigos inclusos de acordo com base de dados, ano, país, periódico de publicação, autoria e nível de evidência. Ribeirão Preto, 2013.....	38
Quadro 3	Artigos inclusos de acordo com nível de evidência, tipo de estudo e principais resultados e conclusões. Ribeirão Preto, 2013.....	40
Quadro 4	Artigos inclusos de acordo com indicação do paciente, procedimento utilizado com o paciente, confiabilidade do recurso, impacto na ITU, custo e benefício do equipamento, recomendação do uso segundo a opinião de especialistas e tipo de equipamento utilizado. Ribeirão Preto, 2013.....	43
Quadro 5	Tipo de equipamento utilizado segundo os artigos inclusos. Ribeirão Preto, 2013.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Sexo e grupo etário dos enfermeiros. Coimbra, 2013.....	48
Tabela 2	Distribuição dos enfermeiros quanto ao ano de obtenção do título de Enfermagem. Coimbra, 2013.....	49
Tabela 3	Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de experiência profissional. Coimbra, 2013.....	49
Tabela 4	Distribuição dos enfermeiros quanto à Pós-Graduação Latu Sensu. Coimbra, 2013.....	50
Tabela 5	Distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de experiência no local atual de trabalho. Coimbra, 2013.....	51
Tabela 6	Valores de Alpha se item for deletado. Coimbra, 2013.....	52
Tabela 7	Distribuição da autoconfiança atribuída pelos sujeitos em relação aos fatores propostos pela EAAERU. Coimbra, 2013.....	54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EAARU	Escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária
ITU	Infecção do Trato Urinário
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on line
RU	Retenção Urinária
SAS/ STAT	Statistical Analysis System
SRPA	Sala de Recuperação Pós- Anestésica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRM	Trauma Raqui Medular
US	Ultrassom portátil de bexiga

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução.....	18
2. Objetivos	24
2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3. Referencial Teórico.....	26
3.1 Autoconfiança.....	27
4. Material e Método.....	30
4.1 Etapa 1 Revisão Integrativa da Literatura.....	31
4.2 Etapa 2 Estudo de Campo.....	33
5. Resultados.....	36
5.1 Etapa 1 Revisão Integrativa da Literatura.....	37
5.2 Etapa 2 Estudo de Campo.....	48
5.2.1 Caracterização dos sujeitos da amostra.....	48
5.2.2 Análise da Autoconfiança dos Enfermeiros na Avaliação da Retenção Urinária.....	52
6. Discussão.....	56
6.1 Etapa 1 Revisão Integrativa da Literatura.....	57
6.2 Etapa 2 Estudo de Campo.....	63
7. Conclusão.....	69
Referências.....	72
Apêndices.....	81
Anexos.....	84

1 Introdução e justificativa

O volume médio diário de urina produzido por um adulto é de cerca de 1200 ml, podendo variar de 600 a 2500 ml. A capacidade comum da bexiga urinária está compreendida entre 600 e 800 ml, porém ao atingir um volume de 200 a 300 ml, a bexiga dilata-se estimulando os neuroreceptores de distensão e ativa o reflexo da micção (CRAVEN; HIRNLE, 2006; POTTER; PERRY, 2004; VAN DE GRAAFF, 2003; SPENCE, 1991).

A bexiga urinária é um órgão sacular, localizado atrás da sínfise púbica em frente ao reto. Tem sua forma determinada pela quantidade de urina retida e sua parede contém quatro camadas: 1) *adventícia*, mais externa, constituída de tecido conjuntivo; 2) *camada de músculo liso ou detrusor*; 3) *submucosa*, formada de tecido conjuntivo frouxo que realiza a interface entre o detrusor e a camada mais interna, além de controlar o refluxo da urina para os rins quando a bexiga esta distendida; e 4) *túnica mucosa*, camada mais interna que contém epitélio de células de transição especializadas e membrana impermeável à água que impede a reabsorção da urina armazenada na bexiga. Nessa camada, ainda é possível observar o óstio da uretra e dos ureteres, que compõem no conjunto o trígono da bexiga (VAN DE GRAAFF, 2003; SPENCE, 1991).

A área que circunda o colo vesical é chamada de junção uretrovesical. A angulação dessa área fornece o movimento retrógrado da urina, conhecido como e-fluxo da urina. Essa angulação associada à camada submucosa impede o refluxo vesico-ureteral (BICKLEY; SZILAGYI, 2002; NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; SMELTZER et al., 2009). O colo vesical contém feixes de músculo liso e involuntário, que formam uma porção do esfíncter uretral conhecido como esfíncter interno. O esfíncter urinário externo é uma parte importante do mecanismo esfinteriano, pois auxilia a manter a continência urinária (SMELTZER et al., 2009).

A micção é o ato reflexo que expelle a urina da bexiga urinária e requer estímulo de uma combinação de impulsos nervosos involuntários e voluntários em algumas estruturas musculares da bexiga e da uretra (CRAVEN; HIRNLE, 2006; POTTER; PERRY, 2004; VAN DE GRAAFF, 2003; SPENCE, 1991). O enchimento e o esvaziamento da bexiga são mediados por mecanismos de controle coordenados pelos sistemas nervosos simpático e parassimpático no músculo detrusor e na saída da bexiga (ANDERSON; ARNER, 2004). A sensação consciente do enchimento

vesical se dá pelas vias neuronais simpáticas no seu trajeto pela medula espinhal, especificamente aos níveis de vértebra torácica T10 a T12, é também nesse local, que a inervação nervosa hipogástrica periférica permite o enchimento vesical continuado. À medida que prossegue o enchimento vesical, os receptores de estiramento na parede da bexiga são ativados juntamente com o desejo de urinar. Tal informação é retransmitida para o córtex cerebral pelos nervos pélvicos parassimpáticos ao nível das vértebras sacrais S1 a S4 causando o relaxamento do esfíncter externo da uretra e levando a micção. Durante a micção, a pressão intravesical aumentada mantém a junção uretrovesical fechada. Logo que a micção é encerrada, a pressão intravesical volta a seu baixo valor normal, permitindo que recomece o efluxo da urina (BARROS et al., 2002; BICKLEY; SZILAGYI, 2002; NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010; SMELTZER et al., 2009).

Quando a bexiga não tem capacidade de esvaziar-se completamente, atribui-se o nome de Retenção Urinária (RU). Nos casos mais complexos de RU os pacientes podem chegar a acumular até 3.000 ml de urina na bexiga. Na RU é comum que ocorra o hiperfluxo. O hiperfluxo é ocasionado pela incapacidade do esfíncter uretral externo de reter a urina, pode ocorrer de duas a três vezes por hora, e se caracteriza como o escape involuntário de pequenos volumes urinários (25 a 60 ml). À medida que ocorre essa perda involuntária de urina, o esfíncter recupera provisoriamente sua capacidade de retenção urinária (CRAVEN; HIRNLE, 2006; POTTER; PERRY, 2004). O agravamento da RU pode levar ainda a infecção do trato urinário (ITU) e a formação de cálculos renais por estase urinária e hidronefrose (FERNANDES; COSTA; SARAIVA, 2007).

Não existe consenso quanto ao volume de urina que caracteriza a RU (STEVENS, 2005), todavia, é sabido que pode ser ocasionada por diferentes patologias, como diabetes, hipertrofia da próstata, infecção de trato urinário, neoplasias, cálculos renais, ou de situações traumáticas como cirurgias, alterações na inervação motora e sensorial da bexiga, efeitos colaterais de medicamentos, dor ou ansiedade. Possui maior incidência no sexo masculino, entre os idosos e em pacientes que fazem uso de analgesia, com destaque para os pacientes cirúrgicos ortopédicos, que possuam algum comprometimento neurológico, além de parturientes no pós-parto vaginal (CRAVEN; HIRNLE, 2006; FERNANDES; COSTA; SARAIVA, 2007; FUMINCELLI et al., 2011; MOROOKA; FARO, 2002; PASIN;

SCHNATH, 2007; POTTER; PERRY, 2004; SPENCE, 1991; VAN DE GRAAFF, 2003).

A RU pode ser uma condição aguda ou crônica, obstrutiva (presença de cálculos, corpos estranhos, entre outros) e não obstrutiva (quando a pressão da bexiga é insuficiente para superar a resistência de saída da urina, resultando na hipocontratilidade do músculo da bexiga). Dentre as principais alternativas utilizadas para o seu tratamento encontra-se o cateterismo urinário (MAZZO et al., 2011; 2012; MOROOKA; FARO, 2002; PENG et al., 2008).

A assistência de enfermagem na RU incorre na importância da avaliação clínica do enfermeiro. Várias são as competências a serem desenvolvidas por esse profissional para a realização dessa atividade, no entanto, merece destaque as técnicas de exame físico relacionadas à avaliação da bexiga, pelo grau de dificuldade e confiabilidade que apresenta.

O exame físico da bexiga consiste na inspeção, palpação e percussão do órgão. A palpação é a técnica que permite adquirir um dado através do tato e da pressão; o tato leva ao alcance das impressões táteis da parte mais superficial, e a pressão permite a obtenção destas impressões de regiões mais profundas. Identifica ainda, as modificações de textura, espessura, consistência, sensibilidade, volume e dureza do órgão. A palpação da bexiga deve ser realizada aproximadamente dois centímetros acima da sínfise púbica, se realizado após a micção do paciente, sugerirá uma região firme e lisa. Caso ocorra em pacientes que apresentam RU, indicará uma região globosa e dolorosa à palpação, sem especificar no entanto, a quantidade de urina retida no local (BARROS et al., 2002; BICKLEY; SZILAGYI, 2002; SMELTZER et al., 2009).

A percussão baseia-se nas vibrações originadas através de pequenos golpes realizados na superfície da bexiga. Indica características próprias relacionadas à intensidade, tonalidade e timbre, de acordo com a textura anatômica do órgão. Deve ser realizada a cinco centímetros da sínfise púbica, e o som obtido nessa região quando o órgão estiver vazio, deve ser timpânico, todavia, ao indício de RU com bexigoma ou ascite o som obtido será maciço, o que deixa em dúvida a confiabilidade do achado (BARROS et al., 2002; SMELTZER et al., 2009).

Alguns estudos indicam que o uso de sinais e sintomas clínicos isolados prejudicam o diagnóstico da RU, devido à subjetividade do examinador e condições operacionais, o que pode levar a superestimar ou subestimar o volume de urina na

bexiga, caracterizar ou não a presença de RU levando a cateterização desnecessária da bexiga e aumentando o risco de ITU (VAN OS; LINDEN, 2006). No idoso, destacam que sintomas de dor aguda no abdômen inferior, relacionados à RU podem ser encobertos pelo uso de analgésicos ou passar despercebidos devido às disfunções cognitivas (BORRIE et al., 2001; LAMONERIE et al., 2004).

Nesse contexto, cabe destacar que desde a década de 80, tem estado disponível para o uso na prática clínica, a ultrassonografia portátil de bexiga (US), no entanto, até o momento, essa ferramenta tem sido muito pouco utilizada, principalmente pela enfermagem do Brasil.

O US é um equipamento que compreende a utilização de ondas mecânicas inaudíveis ao ser humano, emitidas a partir de um transdutor, que propagam-se por tecidos com diferentes impedâncias acústicas (propriedades dos tecidos) e retornam (reflexão) ao ponto de partida para a formação de imagens. Quanto mais denso o meio em que as ondas se propagam, menor é a intensidade da onda que o percorre e maior o sinal de reflexão, o qual é convertido para uma escala de brilho mostrada nas imagens ultrassônicas (CHRISTENSEN, 1988; YOUNG; FREEDMAN, 2008).

Na ultrassonografia de bexiga, as imagens são formadas por ondas refletidas nas paredes da bexiga, as quais possuem impedância acústica diferente do meio, composto na maior parte pela urina. O volume de urina é então determinado pela reconstrução dos sinais obtidos da reflexão das ondas produzidas a partir da movimentação mecânica que ocorre dentro do transdutor, indicando a posição da parede do órgão e permitindo dessa forma o cálculo do volume urinário (CHRISTENSEN, 1988; YOUNG; FREEDMAN, 2008).

O US é um método não-invasivo que permite, com um mínimo de treinamento, no caso de RU (PALESE et al., 2010), diagnosticar o problema, avaliar o volume de urina na bexiga, e decidir ou não pela realização do cateterismo urinário de alívio e/ou intermitente (CDC, 2009). Além disso, estudos indicam que o uso do US: 1) é um método confiável para avaliar RU em pacientes de diversas clínicas (LAMONERIE et al., 2004; MIYASHITA; KOJIMA; MIKI, 2002); 2) existe fidedignidade em relação a avaliação clínica com o uso do US e o volume de urina mensurado no pós cateterismo urinário pelo equipamento (ROSSELAND; STUBHAUG; BREIVIK, 2002; ROSSELAND et al., 2005; VAN OS; LINDEN, 2006); 3) o uso do ultrassom na avaliação clínica do paciente em RU diminui o

procedimento de cateterismo urinário desnecessário, qualifica o cuidado de enfermagem na RU e reduz os índices de ITU pelo uso do cateter (LEE et al., 2007).

No entanto, a ITU ainda permanece entre as infecções hospitalares de maior incidência, as pesquisas sobre assistência de enfermagem nas eliminações urinárias são negligentes e restritas a um pequeno contingente de assuntos (FUMINCELLI et al., 2011), e não é comum na prática do enfermeiro o uso do US na avaliação e assistência ao paciente em RU, o que torna a prática empírica, compromete o raciocínio clínico, a tomada de decisão, impactando de forma direta a autoconfiança e a eficácia do profissional de enfermagem.

Nesse contexto, este estudo tem como:

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do uso do ultrassom portátil de bexiga na autoconfiança do enfermeiro durante a avaliação do paciente em retenção urinária.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A) Verificar as evidências científicas quanto ao uso do ultrassom portátil de bexiga na avaliação da retenção urinária;

B) Identificar a autoconfiança dos enfermeiros que fazem uso do ultrassom portátil de bexiga na avaliação do paciente em retenção urinária.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Autoconfiança

Criar significados conceituais é fundamental para o avanço da ciência de enfermagem. Conceitos são definidos como *"uma palavra ou frase que resume as ideias, observações e experiências. São ferramentas que fornecem imagens mentais que facilitar a comunicação sobre a compreensão dos fenômenos"* (FAWCETT, 2005, p. 4).

A análise conceitual transmite uma imagem mental do que o fenômeno é e como pode ser percebido na experiência humana (CHINN; KRAMER, 2008; WALKER; AVANT, 2005). A análise do conceito é uma estratégia que desenvolve conceitos previamente definidos aproximando-os das vivências (MELEIS, 2007).

Autoconfiança é o reconhecimento de um indivíduo de sua própria capacidade, o amor em si mesmo, é estar ciente de suas próprias emoções (KUKULU et al., 2013). Pode ainda ser descrita como a sensação de bem-estar, ou o resultado do aprofundamento de emoções positivas. O estado de sentir-se bem pode ser explicado como um acordo com o próprio eu e com as pessoas ao redor, com a coragem e com a bravura (CARSON et al, 2001).

A autoconfiança é caracterizada como uma alta expectativa de sucesso, podendo despertar emoções positivas e combater sentimentos como medo e vergonha. Favorece a concentração e o aumento do esforço destinado a uma determinada tarefa (MACHADO, 2005).

É um atributo que pode ser favorecido ou completamente preenchido por muitos outros fatores. Para que possa ser atingida necessita de sabedoria, experiência, sucesso, suporte e preparo e para que possa ser mantida invoca persistência, autoconsciência e pensamento positivo em relação aos acontecimentos. Em decorrência, leva a estabilidade de autonomia e resultados positivos (WHITE, 2009).

A autoconfiança é a crença da pessoa em ter sucesso, crer em si mesma, nos seus poderes e habilidades, num contexto específico, para tarefas específicas, mostrando ou não tais características através de uma ampla gama de atividades (PERRY, 2011).

Segundo alguns autores, a autoconfiança está relacionada com a teoria de autoeficácia. Autoeficácia são os julgamentos que os indivíduos fazem de suas próprias capacidades para organizarem e executarem as atividades exigidas para

atingirem determinados tipos de rendimento ou comportamento. Consiste no grau de convicção que a pessoa tem de executar com êxito um determinado tipo de comportamento necessário para se alcançar um resultado. São as crenças e os pensamentos que o indivíduo possui de sua capacidade para realizar uma ou um conjunto de tarefas. Em tais situações a autoeficácia funciona como um determinante no modo das pessoas agirem e se comportarem, no modo de organização e padrões de pensamento e de reações emocionais (BANDURA, 1993; 1995). A autoeficácia pode ser reforçada por quatro fatores principais: performances bem-sucedidas, experiência, persuasão verbal e estímulo. A autoconfiança é apenas uma medida de auto percepção de sua crença nas próprias habilidades (BANDURA, 1986).

A enfermagem é uma profissão que tem como seu objeto de trabalho o cuidado. Enfermeiros devem sentir-se seguros e tranquilos em relação as suas atividades e transmitir um nível de autoconfiança que gere conforto para o paciente e equipe de saúde (KRÖNER; BIERMANN, 2007). O impacto da autoconfiança no atendimento ao paciente resulta no atendimento das demandas das políticas e estruturas que afetam os cuidados de saúde, comprometendo de forma positiva ou negativa o atendimento (RANDLE, 2001; 2003; REEVE, 2000).

Enfermeiros devem ser confiáveis. No entanto, na enfermagem demonstrar confiança implica em uma grande variedade de fatores, que vão das expectativas de pacientes, familiares, e demais profissionais da enfermagem à expectativa de gerentes e outros profissionais. Para o enfermeiro aprender a ser confiável não é apenas o desenvolvimento de uma habilidade técnica, inclui ainda compreender o efeito do seu comportamento para a avaliação do paciente. Enfermeiros desejam ser dignos de confiança, para tanto necessitam desenvolver um desempenho eficaz (SELLMAN, 2006).

Enfermeiros confiantes em suas habilidades e em seus valores, não precisam agir poderosamente, são poderosos (DAVIDHIZAR, 1993). A autoconfiança é um componente essencial e ético da assistência de enfermagem. Um enfermeiro digno de confiança requer atenção ao desenvolvimento de conhecimento e compreensão dos domínios cognitivos e emocionais da prática. Necessita aceitação de cultivar disposições consistentes com os objetivos gerais da enfermagem. Enfermeiros confiáveis contribuem para um clima geral de confiança na equipe de enfermagem, o que é essencial para que essa característica floresça (SELLMAN, 2006).

Na atualidade, existem instrumentos que mensuram a autoconfiança do enfermeiro. Por contribuir com o tema proposto esse estudo utilizou a *Escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem ao paciente em Retenção Urinária* (EAAERU) (Mazzo et al., 2013) (Anexo 1).

4. MATERIAL E MÉTODO

Para o alcance dos objetivos geral e específicos desse estudo será realizado em etapas:

ETAPA 1 - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa da literatura é utilizada para o profundo entendimento de um fenômeno com base em estudos anteriores, reunindo dados de diferentes tipos de delineamento de pesquisas o que possibilita ampliar as conclusões (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a efetiva contribuição do método na implementação das intervenções aos pacientes, existe a necessidade de se realizar o seguimento criterioso das seguintes etapas: identificação do problema e da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos, a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, a avaliação dos estudos selecionados, a interpretação e a síntese dos resultados encontrados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos foi: “*Quais as evidências científicas da utilização do ultrassom portátil na assistência à retenção urinária*”? Para tanto foram utilizadas as bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on line) e Web of Science. Para a realização da busca foram definidos de acordo com o catálogo da Bireme os descritores: enfermagem, retenção urinária e ultrassom. Foram inclusas as publicações realizadas no período de 2001 a 2011, nos idiomas inglês, português e espanhol que responderam a pergunta da pesquisa. Foram excluídos os artigos apresentados em mais de uma base de dados.

Entre os 234 artigos encontrados, após leitura exaustiva dos títulos e resumos, foram selecionados 70 artigos. Entre eles 38 foram excluídos por terem sido publicados em mais de uma base de dados. Os 32 artigos restantes foram lidos na íntegra. Entre esses 11 foram excluídos por não responderem a pergunta da pesquisa. Assim, a amostra desse estudo foi composta de 21 artigos, conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1- Número de artigos encontrados, selecionados e analisados de acordo com as bases de dados pesquisadas. Ribeirão Preto, 2013.

Bases de dados	Artigos Encontrados	Artigos selecionados após leitura título e resumo	Artigos analisados após leitura na íntegra	Artigos inclusos
CINAHL	176	36	9	5
MEDLINE	22	22	13	9
Web of Science	36	12	10	7
Total	234	70	32	21

Os 21 artigos inclusos foram lidos na íntegra e posteriormente analisados com o auxílio de um instrumento de coleta de dados bibliográficos, proposto por Ursi e Galvão (2006). Esse instrumento contempla dados relacionados à identificação de autoria, ano e periódico de publicação, delineamento metodológico, intervenção estudada, principais resultados e conclusões (URSI; GALVÃO, 2006).

A análise da classificação das evidências do estudo foi fundamentada na proposta de Stetler et al (1998), que classifica seis níveis de evidência, sendo: Nível I, estudos relacionados à metanálise de múltiplos estudos controlados; Nível II estudos experimentais individuais; Nível III, estudos quase-experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós teste, além de séries temporais ou caso-controle; Nível IV, estudos não experimentais, como pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, com abordagem qualitativa e estudos de caso; Nível V, dados de avaliação de programas e obtidos de forma sistemática e Nível VI, opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações (STETLER et al., 1998).

O detalhamento metodológico foi fundamentado em Polit, Beck e Hungler (2004) e a apresentação dos resultados realizada de forma descritiva (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

ETAPA 2 – ESTUDO DE CAMPO

Estudo descritivo desenvolvido junto ao Centro de Reabilitação Rovisco Pais, localizado na região de Coimbra, Portugal, mediante autorização ética.

LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O Centro de Reabilitação Rovisco Pais, localizado na região de Coimbra, Portugal, foi criado em 23 de outubro de 1996 e recebeu os primeiros pacientes em novembro de 2002. Apresenta uma estrutura pavilhonar, sendo composto por quatro edifícios de internação e um de tratamento, exames complementares de diagnóstico e consultas externas. Os pavilhões podem ser descritos como: pavilhão de pacientes ex-hansenianos (herdados do Hospital Rovisco Pais que ocupava o local anteriormente), com 56 leitos; pavilhão de Reabilitação Geral de Adultos, com 50 leitos; pavilhão de Reabilitação dos Lesionados Vértebro-Medulares, com 30 leitos; pavilhão de Ambulatório e Área Terapêutica Específica, com ginásios terapêutico e esportivo e pavilhão para Cuidados Continuados de Convalescentes, com 60 leitos (Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro- Rovisco Pais, [2013]).

No Centro de Reabilitação Rovisco Pais, o uso do US para avaliação do paciente em retenção urinária é parte integrante da prática clínica realizada.

Foram convidados para o estudo todos (n=65) os enfermeiros atuantes no Centro de Reabilitação Rovisco Pais. Foram excluídos os profissionais afastados por licença saúde, maternidade, em período de férias e que ainda não completaram seis meses de exercício prático da profissão. Assim, o número de sujeitos desse estudo foi constituído por 40 enfermeiros.

Foi utilizado como documento de formalização do aceite dos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

ASPECTOS ÉTICOS

Após obtenção da autorização da instituição envolvida e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer 129-12/2012) (Anexo 2), os sujeitos da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto aos

objetivos do estudo, procedimentos envolvidos, riscos, seus direitos e cuidados garantidos, e assim após concordarem em participar do estudo, assinaram o TCLE, com a garantia de anonimato dos entrevistados.

DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Identificar a autoconfiança dos profissionais na avaliação do paciente em retenção urinária pelo uso do ultrassom portátil de bexiga.

Para o cumprimento dessa etapa, com o auxílio da EAAERU, construída e validada por Mazzo et al (2013), foram entrevistados os enfermeiros do Centro de Reabilitação Rovisco Pais. Foram excluídos os profissionais afastados por licença saúde, maternidade, em período de férias e que ainda não completaram seis meses de exercício prático da profissão.

A EAAERU compreende um questionário dividido em duas partes, sendo a primeira a caracterização sociodemográfica dos sujeitos e a segunda uma Escala Tipo Likert, de 32 itens, de cinco itens: nada confiante (1), pouco confiante (2), confiante (3), muito confiante (4) e completamente confiante (5), que têm como objetivo avaliar a autoconfiança do enfermeiro na avaliação, tomada de decisão, intervenção, reavaliação e condutas em situações iatrogênicas relacionadas à assistência de enfermagem ao paciente em retenção urinária. Essa escala foi construída e validada por pesquisadores do Brasil e de Portugal dentro do acordo na nova ortografia.

Todos os profissionais foram entrevistados durante o período de atividade de trabalho. Após convite e formalização do aceite pelo TCLE foram oferecidos os questionários para preenchimento.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram codificados e digitados duplamente em planilhas do aplicativo Excel, que foram exportados e analisados no programa SAS/STAT® (Statistical Analysis System), 9.0. Foram realizadas análise estatística descritiva e análise multivariada. A análise de correspondência, que é um método de estatística multivariada, tem uma relação direta com a estatística qui-quadrado que é um teste não-paramétrico (JOBSON, 1996).

Para análise da escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem na Retenção Urinária, foram realizados testes de cálculo de consistência interna, através do coeficiente de Alpha (α) Cronbach, correlação inter-itens, correlação de cada item com o total e sua influência de valor de alpha. Assim como na escala original, a análise fatorial foi avaliada nas dimensões (DUTRA; HIPÓLITO; SILVA, 2000; MINGOTI, 2005):

- ✓ (Fator 1) Medidas realizadas durante a realização do cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas;
- ✓ (Fator 2) Medidas prévias a realização do cateterismo voltadas ao preparo do paciente e profissional;
- ✓ (Fator 3) Medidas realizadas após a realização e retirada do cateterismo;
- ✓ (Fator 4) Comunicação, consentimento e preparo do material para realização do cateterismo urinário;
- ✓ (Fator 5) Avaliação objetiva da RU.

A discussão dos resultados da pesquisa foi realizada com fundamentação na revisão da literatura, pertinentes aos objetivos propostos e apresentados na forma de relatório discursivo.

5.1 ETAPA 1 - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Entre os 21 (100,0%) artigos que compuseram a amostra, todos foram publicados em inglês. Dentre eles, dez (47,62%) foram publicados em periódicos de enfermagem, dez (47,62%) em periódicos médicos e um (4,76%) em periódico interdisciplinar.

Em relação aos níveis de evidência, um (4,76%) apresentou nível I, um (4,76%) nível II, nove (42,86%) nível III, um (4,76%) nível IV e nove (42,86%) nível VI. A autoria, ano e país de publicação, nível de evidência, base de dados dos artigos encontrados estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2. Artigos inclusos de acordo com base de dados, ano, país, periódico de publicação, autoria e nível de evidência. Ribeirão Preto, 2013.

ARTIGO/ BASE DE DADOS	ANO E PAÍS/ PUBLICAÇÃO	PERIÓDICO	AUTORES	NÍVEL EVIDÊNCIA
1/ WEB OF SCIENCE	2005/Austrália	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation- Arch Phys Med Rehabil	WU, J.; BAGULEY, I. J.	Nível III
2/ MEDLINE	2006/ USA	MEDSURG Nursing	ALSTCHULER, V; DIAZ, L.	Nível VI
3/ MEDLINE	2005/USA	MEDSURG Nursing	STEVENS, E.	Nível VI
4/ MEDLINE	2005/Taiwan	Journal of Nursing Research	TENG, C.H. et al.	Nível III
5/ WEB OF SCIENCE	2002/Noruega	Acta Anaesthesiologic a Scandinavica	ROSSELAND, L. A.; STUBHAUG, A.; BREIVIK, H.	Nível III
6/ MEDLINE	2010/Inglaterra	Journal of Clinical Nursing	PALESE, A. et al.	Nível I
7/ MEDLINE	2007/Taiwan	Journal of Advanced Nursing	LEE, Y. Y. et al.	Nível III
8/ MEDLINE	2001/Canadá	Rehabilitation Nursing	BORRIE, M. J. et al.	Nível III
9/ MEDLINE	2005/USA	Nursing	PATRACA, K.	Nível VI
10/ MEDLINE	2009/ Inglaterra	Nursing Times	RIGBY, D.; HOUSAMI, F. A.	Nível VI
11/ MEDLINE	2005/ Inglaterra	Nursing Times	GILBERT, R.	Nível VI
12/ WEB OF SCIENCE	2006/Holanda	Acta Obstetricia et Gynecologica	VAN OS, A. F. M. LINDEN, P. J. Q. V. D.	Nível III
13/ WEB OF SCIENCE	2005/Noruega	Acta Anaesthesiol Scand	ROSSELAND, L.A. et al.	Nível III
14/ WEB OF SCIENCE	2004/França	British Journal of Anaesthesia	LAMONERIE, L. et al.	Nível III
15/ CINAHL	2009/Canadá	Canadian Family Physician	KANNAYIRAM, A.;	Nível IV

			MICHELLE, V.	
16/ CINAHL	2009/Itália	Anesthesiology	BALDINI, G.; BAGRY, H.; APRIKIAN, A.; CARLI, F.	Nível VI
17/ CINAHL	2000/Inglaterra	Nursing times	ADDISON, R.	Nível VI
18/ CINAHL	2002/USA	Rehab Management: The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation	SMITH, A.	Nível VI
19/ CINAHL	2001/Itália	Europa Medicophysica	SUARDI, L. et al.	Nível III
20/ WEB OF SCIENCE	2010/Canadá	Minerva Anesthesiologica	BALDERI, T.; CARLI, F.	Nível VI
21/ WEB OF SCIENCE	2011/Canadá	Minerva Anesthesiologica	BALDERI, T. et al.	Nível II

Quadro 3. Artigos inclusos de acordo com nível de evidência, tipo de estudo e principais resultados e conclusões. Ribeirão Preto, 2013.

ARTIGO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
1	Nível III Observacional prospectivo	Recomendam o uso do US e do cateterismo urinário intermitente em pacientes em processo de reabilitação portadores de RU assintomática com volume residual > ou igual a 150 ml. Encontraram na amostra estudada a mesma prevalência de ITU entre pacientes com RU entre 0 e 149 ml e entre pacientes com RU entre 150 e 399 ml.
2	Nível VI Revisão da Literatura	Recomendam o uso do US em pacientes que possuem RU menor que 500 ml, possuem avaliação clínica prejudicada (palpação e percussão) pela distensão abdominal e por outros fluídos. Nesse sentido, o uso do US é indispensável no diagnóstico da RU.
3	Nível VI Revisão da Literatura	O uso do US é um método preciso e confiável que diminui o uso do cateterismo e os riscos de ITU, o que implica na diminuição dos custos hospitalares.
4	Nível III Quase experimental	O uso do Bladder Scan BVI 3000 é preciso em pacientes em posição de decúbito dorsal ou de fowley que apresentam volume de urina superior a 100 ml.
5	Nível III Quase experimental	Recomendam o uso do US em pacientes de recuperação pós operatória sob efeito de anestesia epidural o intervalo de confiança entre o volume de urina mensurado pelo US da bexiga e o volume urinário medido após o esvaziamento da bexiga com o cateter urinário foi de 95%.
6	Nível I Metanálise	O uso sistemático do US no período perioperatório diminui o uso do cateterismo urinário intermitente e consequentemente os riscos e custos da ITU.
7	Nível III Quase experimental	O estudo demonstra como efetivo e avalia como positivo através dos índices de ITU, o protocolo do uso do US na avaliação do paciente neurocirúrgico em RU. O protocolo propõe o uso de cateter para volume de urina >500ml após 6 horas de retirada do cateter de longa permanência e reavaliação a cada 2 hs para pacientes em RU com volume de urina > 300 ml.
8	Nível III Quase experimental	O uso do US demonstrou-se como efetivo na avaliação da RU > ou igual 150 ml de pacientes geriátricos diversas co-morbidades.
9	Nível VI	Indica o uso do US para mensurar volume residual da bexiga, verificar presença

	Opinião	de RU, identificar a obstrução do cateter urinário, avaliar a distensão da bexiga e a necessidade do cateterismo urinário.
10	Nível VI Opinião	Relata que o uso do US na prática clínica é um procedimento não invasivo, de resultados avaliados imediatamente, que impede a realização do cateterismo urinário desnecessário, diminuindo assim o risco de ITU. Refere que os equipamentos utilizados para esse fim são de fácil e seguro uso, requerem pouco preparo do profissional e devem ser ter maior frequência (acima de 3.5MHz) para proporcionar uma boa resolução de diagnóstico de imagem.
11	Nível VI Opinião	Menciona que o volume de urina residual significativo esta entre 100 e 150 ml. Recomenda o uso do US para o desenvolvimento da melhor prática de enfermagem. Salienta que para tanto é necessário determinar e adquirir o equipamento adequado, planejar seu uso, treinar a equipe, implementar o uso de equipamento e avaliar o processo estabelecido.
12	Nível III Quase experimental	Demonstra que o uso do US BVI 3000 é um método seguro e não invasivo no reconhecimento da retenção de urina no período pós- parto.
13	Nível III Quase experimental	Demonstra que o uso do US BVI 3000 é um método seguro e não invasivo no reconhecimento da retenção de urina no período pós- operatório.
14	Nível III Quase experimental, prospectivo	A RU é comum no pós operatório de cirurgias cardiovasculares, torácicas, abdominais e ortopédicas. Demonstra que o uso do US BVI 3000 é um método seguro e não invasivo no reconhecimento da retenção de urina no período pós-operatório desses procedimentos.
15	Nível IV Estudo caso	Estudo de caso que comprova erros na leitura do US na presença de cistos ou outras patologias na pelve.
16	Nível VI Revisão da Literatura	Indicam que diferentes métodos de anestesia e analgesia influenciam no aparecimento da RU. Informam que o US deve ser utilizado como um método preciso para o seu diagnóstico.
17	Nível VI Opinião	Recomenda o uso do US por enfermeiros treinados na avaliação da RU em pacientes com hiperplasia de próstata, em uso de drogas anticolinérgicas, que possuem obstrução do cateter urinário, que necessitam de investigação urodinâmica, portadores de esclerose múltipla. O estudo ainda indica protocolo de uso do equipamento e ressalta falsos resultados na presença de volume de urina maior que 1000 ml ou menores que 100 ml, obesidade e alterações

		anatômicas, ou presença de cálculo ou coágulo na bexiga.
18	Nível VI Opinião	Informa que o US é um equipamento de baixo custo e alto benefício quando comparado aos riscos (ITU) e custos efetivos da utilização do cateter.
19	Nível III Quase experimental	Relatam que o uso do US para paciente portadores de bexiga neurogênica diminui o uso e os riscos do cateterismo urinário intermitente.
20	Nível VI Revisão da Literatura	Demonstra que o uso do US é um método seguro e não invasivo no reconhecimento da retenção de urina no período pós- operatório de artroplastia de joelho, prevenindo a realização do cateterismo urinário intermitente.
21	Nível II Estudo Experimental	O estudo tem uma avaliação positiva do impacto do uso do US, através da diminuição do número de cateterizações no pós operatório de artroplastia de joelho e quadril.

Quadro 4. Artigos inclusos de acordo com indicação do paciente, procedimento utilizado com o paciente, confiabilidade do recurso, impacto na ITU, custo e benefício do equipamento, recomendação do uso segundo a opinião de especialistas e tipo de equipamento utilizado. Ribeirão Preto, 2013.

INDICAÇÃO DO PACIENTE		
ARTIGO	NÍVEL EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES
1	Nível III	Pacientes em processo de reabilitação.
5	Nível III	Em pacientes de recuperação pós operatória sob efeito de anestesia espidual.
6	Nível I	Pacientes em período perioperatório
7	Nível III	Pacientesneurocirúrgico.
8	Nível III	Pacientes geriátricos em diversas co-morbidades.
13	Nível III	Pacientes em período pós- operatório.
14	Nível III	Pacientes em pós operatório de cirúrgicas cardiovasculares, torácicas, abdominais e ortopédicas.
16	Nível VI	Pacientes em anestesia e analgesia.
19	Nível III	Pacientes portadores de bexiga neurogênica.
20	Nível VI	Pacientes em período pós- operatório de artroplastia de joelho.
21	Nível II	Pacientes em pós operatório de artroplastia de joelho e quadril.
PROCEDIMENTO UTILIZADO COM O PACIENTE		
2	Nível VI	Se palpação e percussão sem confiabilidade devido à presença de outros fluidos, utilizar o US.

4	Nível III	Utilizar o US em pacientes em posição de decúbito dorsal ou de Fowler que apresentam volume de urina superior a 100 ml.
7	Nível III	Se RU >500ml verificada pelo US após 6 horas de retirada do cateter de longa permanência, utilizar cateterismo urinário. Reavaliar a cada 2 h para pacientes em RU com volume de urina > 300 ml.
9	Nível VI	Verificar presença de RU com o US, identificar a obstrução do cateter urinário, avaliar a distensão da bexiga e a necessidade do cateterismo urinário.
CONFIABILIDADE DO RECURSO		
3	Nível VI	O uso do US é um método preciso e confiável.
5	Nível III	O intervalo de confiança entre o volume de urina mensurado pelo US e o volume urinário medido após o esvaziamento da bexiga com o cateter urinário foi de 95%.
12	Nível III	O US BVI 3000 é um método seguro e não invasivo no período pós- parto.
13	Nível III	O US BVI 3000 é um método seguro e não invasivo no período pós- operatório.
19	Nível III	O US para paciente portadores de bexiga neurogênica diminui o uso e os riscos do cateterismo urinário intermitente.
IMPACTO NA ITU		
7	Nível III	O US é efetivo e avalia na diminuição dos índices de ITU para pacientes neurocirúrgico.
10	Nível VI	Método não invasivo, que impede a realização de cateterismo urinário indevido, diminuindo o risco para ITU.
CUSTO E BENEFÍCIO DO EQUIPAMENTO		
3	Nível VI	O uso do US diminui o uso do cateterismo desnecessário, índices de ITU e custos

		hospitalares.
18	Nível VI	Equipamento de baixo custo, e alto benefício na diminuição dos índices de ITU.
RECOMENDAÇÃO DO USO SEGUNDO OPINIÃO DE ESPECIALISTAS		
9	Nível VI	Para mensurar volume de urina residual na bexiga, presença de RU, identificar a obstrução do cateter urinário, avaliar a distensão da bexiga e a necessidade do cateterismo urinário.
10	Nível VI	Procedimento não invasivo, com resultado imediato, que impede a realização do cateterismo urinário desnecessário.
11	Nível VI	Destaca como volume de urina residual significativo entre 100 e 150 ml. Recomenda o uso do US para o desenvolvimento da melhor prática de enfermagem. Salienta como necessário determinar e adquirir o equipamento adequado, planejar seu uso, treinar a equipe, implementar o uso de equipamento e avaliar o processo estabelecido.
15	Nível IV	Destaca erros na leitura do US na presença de cistos ou outras patologias na pelve.
17	Nível VI	-Recomenda o uso do US por enfermeiros treinados na avaliação da RU em pacientes com hiperplasia de próstata; em uso de drogas anticolinérgicas; pacientes que possuem obstrução do cateter urinário, que necessitam de investigação urodinâmica, portadores de esclerose múltipla. O estudo ainda indica protocolo de uso do equipamento e ressalta falsos resultados na presença de volume de urina maior que 1000 ml ou menores que 100 ml, obesidade e alterações anatômicas, presença de cálculo ou coágulo na bexiga.
TIPO DE EQUIPAMENTO UTILIZADO		
11	Nível VI	Recomenda o uso do US para o desenvolvimento da melhor prática de enfermagem. Salienta que é necessário determinar e adquirir o equipamento adequado, planejar seu uso, treinar a

		equipe, implementar o uso de equipamento e avaliar o processo estabelecido.
--	--	---

Quadro 5. Tipo de equipamento utilizado segundo os artigos inclusos. Ribeirão Preto, 2013.

Artigo	Modelo do ultrassom
3	BVI 2500+
4	BVI 3000
5	BVI 2500+
7	BVI 5000
8	BVI 2500+
12	BVI 3000
13	BVI 3000
14	BVI 3000
19	BVI 2500
21	BVI 3000

5. 2 Etapa 2 – ESTUDO DE CAMPO

Dentre os 65 enfermeiros atuantes no Centro de Reabilitação Rovisco Pais, 40 (100,0%) enfermeiros concordaram em participar do estudo e estavam em atividades de trabalho no período de coleta. Foram excluídos da amostra, 25 enfermeiros por motivo de recusa e férias. Conforme já mencionado, nesse local o uso do US é parte do cotidiano clínico dos sujeitos.

5.2.1. Caracterização dos sujeitos da amostra

Segundo demonstra à Tabela 1, a amostra foi constituída por enfermeiros na maioria do sexo feminino, com idade média de 35,3 anos, mínima de 25 anos e máxima de 54 anos.

Tabela 1. Sexo e grupo etário dos enfermeiros. Coimbra, 2013.

Variáveis	Total	
	f	%
Quantidade de sujeitos	40	100
Sexo		
Feminino	25	62,5
Masculino	15	37,5
Grupo Etário		
< 30 anos	14	35,0
30-40 anos	17	42,5
40-50 anos	6	15,0
> 50 anos	3	7,5

Conforme demonstram a Tabela 2, dentre os entrevistados, o que possui o maior tempo de formado obteve o título de enfermeiro há 35 anos e o que possui menor tempo de formado, obteve o título de enfermeiro há três anos. A maioria dos enfermeiros entrevistados possuem o título de enfermeiro há cerca de 13 anos.

Tabela 2. Distribuição dos enfermeiros quanto ao ano de obtenção do título de Enfermagem. Coimbra. 2013.

Variável	Total
Ano de obtenção do título de Enfermagem	
Média	2000,4
Mínima	1978
Máxima	2010

Quando questionados sobre o tempo de experiência profissional, segundo a Tabela 3, a maior parte dos enfermeiros referiu que trabalha na profissão há cerca de 20 anos.

Tabela 3. Distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de experiência profissional. Coimbra, 2013.

Variável	Tempo de experiência profissional	
	f	%
≤10 anos	18	45,0
11 ≤ 20 anos	17	42,5
21 ≤ 30 anos	4	10,0
31 ≤ 40 anos	1	2,5

Como demonstra a Tabela 4, quanto à pós-graduação, entre os enfermeiros entrevistados, 13 (32,5%) possuem título de Especialista em Reabilitação. Nenhum dos entrevistados informou cursar ou possuir outro título de pós-graduação.

Tabela 4. Distribuição dos enfermeiros quanto à Pós-Graduação Latu Sensu. Coimbra. 2013.

Variáveis	Total	
	f	%
Especialização		
Sim	13	32,5
Não	27	67,5
Qual área de especialização		
Reabilitação	13	32,5

Durante a coleta de dados, os enfermeiros foram ainda questionados sobre o tempo de experiência no local de trabalho atual. Conforme demonstra a Tabela 5, a maioria dos sujeitos 23 (57,5%) possuem menos de cinco anos de experiência no local de trabalho atual.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de experiência no local de trabalho atual. Coimbra, 2013.

Variável	Tempo de experiência no local de trabalho atual	
	f	%
< 1 ano	5	12,5
1 ano	3	7,5
1 -2 anos	4	10,0
2- 3 anos	3	7,5
3- 4 anos	3	7,5
4- 5 anos	5	12,5
5- 7 anos	4	10,0
7- 8 anos	2	5,0
8- 9 anos	2	5,0
9- 10 anos	4	10,0
10-13 anos	1	2,5
13-14 anos	1	2,5
14-15 anos	1	2,5
15-17 anos	1	2,5
17- 19 anos	1	2,5

5.2.2- Análise da Autoconfiança dos Enfermeiros na Avaliação da Retenção Urinária

Para a realização da análise da autoconfiança dos enfermeiros na avaliação do paciente em RU, foi utilizada a EAAERU.

Na análise dos itens propostos e sua correlação entre os mesmos, no que diz respeito ao construto da autoconfiança, foi utilizado o teste do *Alpha de Cronbach* (Tabela 6) e encontrado uma elevada correlação de todos os itens, o que resultou num elevado valor de *Alpha* (0,969) e corrobora com os resultados obtidos pelo autor na escala original (0,948) (Mazzo et al., 2013).

Tabela 6. Valores de Alpha se item for deletado. Coimbra, 2013.

Itens	<i>Alpha</i>
Escutar a queixa do paciente	0.968
Avaliar o paciente em retenção urinária	0.968
Palpar a bexiga	0.969
Estimar, por palpação, o volume de urina dentro da bexiga	0.971
Decidir realizar o cateterismo urinário	0.968
Escolher o material a ser utilizado para a higiene íntima do paciente	0.967
Escolher o material a ser utilizado para a realização do procedimento	0.967
Comunicar ao paciente a necessidade de cateterismo urinário	0.968
Obter o consentimento do paciente para realização do cateterismo urinário	0.968
Garantir a privacidade do paciente	0.969
Assegurar a biossegurança do profissional	0.968
Realizar a lavagem das mãos	0.967
Realizar a higiene do genital do paciente	0.967

Abrir o material	0.967
Definir o nível de assepsia do procedimento	0.967
Realizar a antisepsia do períneo	0.968
Decidir utilizar ou não lubrificante	0.969
Introduzir a sonda	0.967
Definir o comprimento da sonda a ser introduzida	0.967
Decidir se a bolsa coletora deve estar conectada ou não durante a realização do procedimento nos cateterismos de demora	0.968
Intervir quando não há drenagem de urina	0.968
Intervir quando há hematúria	0.968
Decidir que intervenção quando encontra resistência à progressão do cateter	0.968
Fixar o cateter quando necessário	0.968
Intervir quando, num sistema fechado há desconexão acidental da bolsa	0.967
Realizar a colheita de urina para diferentes exames	0.967
Avaliar o volume de urina a ser drenado nos cateterismos intermitentes	0.967
Avaliar a necessidade de mudar ou esvaziar a bolsa coletora	0.968
Decidir quando retirar um cateter	0.968
Dar ao material retirado o destino adequado	0.967
Registrar os dados relativos ao procedimento	0.967
Continuar a avaliação do paciente após a retirada do cateter	0.968

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos sujeitos em relação aos fatores propostos para a EAAERU conforme a escala original, fator 1) Medidas realizadas durante a realização do cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas; fator 2)

Medidas prévias a realização do cateterismo voltadas ao preparo do paciente e profissional; fator 3) Medidas realizadas após a realização e retirada do cateterismo; fator 4) Comunicação, consentimento e preparo do material para realização do cateterismo urinário; fator 5) Avaliação objetiva da RU (MAZZO et al., 2013).

Tabela 7. Distribuição da autoconfiança atribuída pelos sujeitos em relação aos fatores propostos pela EAAERU. Coimbra, 2013.

Variáveis	n	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Fator 1	40	43.45	5.65	30.00	44.00	50.00
Fator 2	40	36.45	4.16	24.00	38.00	40.00
Fator 3	40	26.73	3.82	18.00	28.50	30.00
Fator 4	40	22.33	2.63	15.00	23.00	25.00
Fator 5	40	11.05	1.80	8.00	11.00	14.00
Escore Total	40	140.00	16.18	96.00	144.00	159.00

A análise de correspondência dos cinco fatores propostos segundo a autoconfiança atribuída pelos sujeitos encontra-se descrita no Gráfico 1.

Gráfico 1. Análise de correspondência da autoconfiança dos enfermeiros em relação aos cinco fatores propostos na EAAERU. Coimbra, 2013.

*

6.1- ETAPA 1 - REVISÃO INTEGRATIVA

Avaliar o paciente em RU é uma prática rotineira do enfermeiro. Nesse contexto, estudos têm mostrado que a utilização do US é um método eficiente e confiável, que supera a investigação de sinais e sintomas clínicos, com ênfase à realização da palpação manual (HERTER; KAZER, 2010).

No mercado há mais de 30 anos o US é um equipamento que produz uma medida confiável, segura, de fácil aceitação pelos pacientes, que permite o diagnóstico precoce da RU (ADDISON, 2000; ROSSELAND; STUBHAUG; BREIVIK, 2002; VAN OS; LINDEN, 2006).

Antes da introdução do US como ferramenta para avaliar o paciente, a hipótese diagnóstica de RU era realizada unicamente através de sinais e sintomas clínicos da palpação da bexiga distendida, assim como, da dor, agitação, taquicardia e hipertensão arterial. O US permite o diagnóstico precoce, é um procedimento não invasivo, indolor, que utiliza a tecnologia de forma segura e avalia com precisão a necessidade ou não do cateterismo urinário. Evita assim a distensão excessiva da bexiga urinária e as complicações decorrentes desse fato (MAGO et al., 2010; ROSSELAND; STUBHAUG; BREIVIK, 2002).

Quando utilizado para diagnóstico de volumes urinários maiores ou iguais a 100 ml pode apresentar sensibilidade de cerca 97,0% e especificidade de 91,0%, o que, supera de forma confortável a baixa sensibilidade do método palpatório, que chega a 61,0%, principalmente em casos de RU sem presença de sensação dolorosa (KEITA et al., 2005).

Em alguns países essa tecnologia é amplamente utilizada, o que ainda não ocorre na realidade brasileira, devido principalmente aos trâmites legais da compra do equipamento.

Conforme as evidências encontradas, segundo demonstra o Quadro 2, entre os 21 (100,0%) artigos que compuseram a amostra, todos foram publicados em inglês, nos seguintes países: Inglaterra (4), Estados Unidos (4) Canadá (4), Itália (2), Taiwan (2), Noruega (2), Austrália (1), Holanda (1), França (1); em periódicos de enfermagem, médicos e apenas um em período interdisciplinar.

Com relação às bases de dados, os artigos encontrados foram: nove (42,8%) na MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on line), e os

demais, sete (33,4%) Web of Science e cinco (23,8%) na CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

Entre as pesquisas analisados, a maioria, conforme demonstra o Quadro 3, apresenta baixo nível de evidência, Nível III nove (42,8%) que caracterizam estudos quase-experimentais, como ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós teste, além de séries temporais ou caso-controle; Nível IV uma (4,8%) caracterizada como estudo de caso; e Nível VI nove (42,8%) distinguidas como opiniões de especialistas, relatos de experiência, consensos, regulamentos e legislações. Apenas uma (4,8%) apresenta Nível I, por caracteriza-se como metanálise e uma (4,8%) Nível II por caracterizar-se como estudo experimental.

Com relação aos assuntos abordados e o uso do US, foram mencionados nos artigos, conforme mostra o Quadro 4, à indicação do paciente, procedimento utilizado com o paciente, confiabilidade do recurso, impacto na ITU, custo e benefício do equipamento, recomendação do uso segundo opinião de especialistas e tipo de equipamento utilizado.

Segundo as pesquisas, o uso do US é especialmente indicado aos pacientes em processo de reabilitação, em período perioperatório com ênfase ao pós operatório e anestesia epidural e ainda para pacientes geriátricos e portadores de bexiga neurogênica (BORRIE et al., 2001; LEE et al., 2007; PALESE et al., 2010; ROSSELAND; STUBHAUG; BREIVIK, 2002; WU; BAGULEY, 2005), o que pode ser evidenciado nos resultados a seguir.

Em estudo de coorte prospectivo, realizado numa unidade de reabilitação de um hospital terciário de Singapura, com 80 pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) com diagnóstico realizado há após quatro semanas, foi realizado nas primeiras 72 horas de internação avaliação do volume urinário através do US e definida RU se volume residual de urina superior a 100 ml em 2 ocasiões consecutivas, após micção espontânea. Dentre a amostra, 23 (29,0%) pacientes apresentaram RU, o que levou a conclusão de que a RU é comum em pacientes com AVCI, especialmente naqueles com sinais e sintomas de afasia, déficit cognitivo, estado funcional debilitado e diabetes mellitus (KONG; YOUNG, 2000).

Em outro estudo, quase-experimental realizado com 20 pacientes de um Centro de Reabilitação da Itália, com bexiga neurogênia secundária à Trauma Raqui Medular (TRM), inflamação na medula, neoplasia, má formação, estenose no

canal medular e isquemia, que realizavam cateterismo urinário intermitente em horários pré-determinados por parâmetros de exame urodinâmico, após a introdução do uso do US BVI 2500® e recomendação da não realização do cateterismo urinário para volumes urinário inferiores a 150 ml, o número de procedimentos de cateterismo foi reduzido drasticamente após a segunda semana de experimento (SUARDI et al., 2001).

No pós-operatório a RU pode ser definida como a incapacidade de micção espontânea após 30 minutos de diagnóstico de um volume urinário superior a 600 ml (MAGO et al., 2010). Estudo prospectivo realizado na Suécia, em um Hospital Universitário, em uma Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) com o objetivo de investigar os fatores influenciam a primeira micção pós-operatório, evidenciou que entre os 174 pacientes investigados, 39,0% não foram capazes de urinar espontaneamente após a cirurgia. Os fatores relacionados ao fato foram fazer parte do sexo masculino, ter idade maior do que 55 anos, tempo prolongado de cirurgia e/ou de anestesia e história prévia de problemas urinários (RINGDAL; BORG; HELLSTRÖN, 2003). Os mesmos resultados foram corroborados em estudo observacional prospectivo, realizado junto a 494 pacientes do sexo masculino em SRPA, durante um período de nove meses, na tentativa de melhorar protocolo já existente para avaliação da RU no pós operatório de um hospital dos Estados Unidos. Para tanto, foi determinado como RU volume de urina superior a 400 ml e utilizar para mensurar o volume de urina o US BVI 2500®, foram diagnosticados entre os pacientes da amostra, 19,4% de RU o que foi muito superior ao índice de 1,4% de diagnóstico da RU do ano anterior, onde era realizado exclusivamente o método palpatório (WARNER et al., 2000).

Embora não encontrado entre os artigos analisados o uso do US tem se mostrado bastante eficaz também na avaliação da RU pós parto vaginal. No pós parto vaginal a RU é comum quando associada à anestesia epidural, primíparas, partos difíceis que necessitam de dispositivos mecânicos para facilitar e acelerar o período de expulsão do feto e/ou em trabalho de parto prolongado. Sua incidência varia entre 1,7% e 17,9% dos casos (VAN OS; LINDEN, 2006). Os principais sinais e sintomas da RU nas puérperas são altura uterina e/ou sangramento vaginal anormal e queixas de que a bexiga não está vazia após micção ou que a quantidade de urina expelida é menor que o habitual (GLAVIND; BJORK, 2003; GROUTZ et al., 2001; YIP et al., 2002). Estudo observacional prospectivo realizado, em hospital escola

secundário da Holanda, entre janeiro e março de 2004, que considerou como RU o volume de 300 ml, constatou que entre as 85 pacientes da amostra averiguadas nas primeiras seis horas do período pós-parto, 27 (31,8%) apresentaram volumes de urina entre 825 a 1180 ml, o que levou a realização do cateterismo urinário. Para testar o volume de urina na bexiga foi utilizado o aparelho BVI 3000®, e quando comparadas as aferições realizadas pelo cateterismo urinário com as realizadas pelo equipamento houve concordância dos valores o que levou a conclusão de que o BVI 3000® é um método confiável, não invasivo e bem tolerado para reconhecer RU nesse período (VAN OS; LINDEN, 2006).

Até os dias atuais o cateterismo urinário era o único e convencional método utilizado para determinar o volume de urina na bexiga, todavia, esse procedimento é oneroso, consome grande tempo do trabalho da enfermagem e apresenta uma gama de riscos associados, como por exemplo a ocorrência de traumas e o aparecimento de ITU (ALSTCHULER; DIAZ, 2006).

Quando comparado ao cateterismo urinário, o US tem se mostrado como um método mais eficaz, uma vez que não é invasivo e pode ser considerado bastante confiável. Se disponível, deve ser o procedimento padrão de avaliação de RU e, para tanto, os enfermeiros devem estar treinados para realizá-lo. Indolor, de fácil manuseio e baixo custo, não requer na sua utilização o uso de outros tipos de equipamentos ou materiais. Durante sua operacionalização os pacientes não precisam expor suas genitálias, o que reduz a timidez e ajuda a manter a dignidade do indivíduo (ADDISON, 2000; ROSSELAND; STUBHAUG; BREIVIK, 2005; VAN OS, 2006; SUARDI et al., 2001).

Com o uso do US as cateterizações urinárias desnecessárias são quase eliminadas, o que causa forte impacto nas taxas de ITU, de infecções sistêmicas e de redução de tempo de hospitalização do paciente (RIGBY; HOUSAMI, 2009). A diminuição na taxa ITU pode ainda representar uma grande redução dos gastos e do tempo de hospitalização e custos médicos para o tratamento do paciente, uma vez que estima-se que episódios de ITU representem um adicional de US\$ 676,00 nas taxas de hospitalização (SAINT, 2000).

Vários estudos demonstram o impacto do uso do US na redução das taxas de ITU. Em estudo norte-americano realizado numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para integração de um aparelho de US na redução da taxa de ITU, após estabelecimento de protocolo para uso do US e inserção do cateter urinário a taxa

de ITU em pacientes com TRM foi reduzida de dez para 5,4 pacientes em 1000 dias de cateterismo urinário (PHILLIPS, 2000).

Em outro estudo de desenho quase-experimental realizado em um hospital em Taiwan, numa unidade neurocirúrgica, após a inserção de protocolo com utilização do US para determinar a realização do cateterismo urinário, a taxa de ITU foi reduzida 59,9% no grupo-experimental quando comparada ao grupo controle (LEE et al., 2007). Tais dados foram ainda confirmados em estudo prospectivo realizado com pacientes em pós operatório de cirurgias ortopédicas, em RU após oito horas da cirurgia. Na primeira fase, sem estabelecimento de protocolo e/ou uso do US a taxa de realizações de cateterismo urinário foi de 31,0% e a de ITU de 0,9% (18 entre 1920 pacientes). Após introdução do uso do US e realização do cateterismo urinário para volume de urina superior à 800 ml, a taxa de cateterismo urinário foi de 16,0% e a taxa de ITU de 0,23% (5 entre 2196 pacientes) (SLAPPENDEL; WEBER, 1999).

Com relação aos custos, o gasto inicial do equipamento de US esta compreendido entre US\$ 8.300,00 e US\$11.500,00, o que pode ser um problema para muitas instituições, principalmente para as de pequeno porte. No entanto, essa importância é facilmente compensada com os benefícios trazidos ao paciente, pela redução do trabalho do enfermeiro, diminuição do uso de materiais e cateterismos urinários desnecessários e das taxas de ITU. Em média, o procedimento de uso do US leva cerca de dez minutos para ser realizado, o que é muito menor quando comparado ao tempo de preparo e realização da introdução do cateter urinário (SMITH, 2002; STEVENS, 2005).

Em projeto para diminuir os custos de cerca de US\$ 1,7 milhões anuais com a taxa de ITU hospitalar, de um hospital de reabilitação, após um mês de implantação do uso do US foi estimado a redução de cerca de US\$ 2.784,00 nos gastos pela redução do número de realizações de cateterismo urinário. Após um ano de projeto observou-se que foram evitados 1.392 cateterismos e reduzidas cerca de 27 ITU, o que elevou a redução total de gastos a US\$ 45.900,00 por ano (PHILLIPS, 2000).

Segundo os estudos analisados que se referem à opinião de especialistas, o US mensura volume de urina residual na bexiga, presença de RU e consequentemente a real necessidade do cateterismo urinário. De fácil manuseio é recomendado para desenvolver a melhor prática na enfermagem. Porém, para que seja eficiente, é necessário a aquisição do equipamento adequado, estabelecer e

implementar protocolo de uso, realizar o treinamento da equipe e avaliar o processo implementado. Referem ainda, que o uso do US auxilia no diagnóstico de RU, quando palpação e a percussão da bexiga inconclusivas; em acompanhamento de pacientes após a retirada do cateter urinário de demora e ainda em casos de obstrução do cateter de demora.

Para realizar a mensuração de urina da bexiga através do US, o paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal ou posição de Fowler. Em estudo comparativo transversal realizado em um hospital de Taiwan com 71 sujeitos num período de abril a agosto de 2001 que teve o objetivo mensurar o volume de urina nas posições de Fowler e dorsal com o uso do US, não identificou diferenças nos resultados entre as duas posições (TENG et al., 2005).

Os especialistas ainda recomendam que um volume de urina residual ≥ 100 ml deve ser considerado como significativo e o cateterismo urinário deve ser realizado (GILBERT, 2005). Destacam ainda que devem ser observados com maior atenção devido a erros na leitura do equipamento, volume urinário > 1000 ml, presença de cistos ou outras patologias na pelve, obesidade, alterações anatômicas, presença de cálculos ou coágulo na bexiga, graves cicatrizes abdominais, prolapso do útero e pacientes grávidas (ADDISON, 2000; ALAGIAKRISHNAN; VALPREDA, 2009).

Nos estudos examinados os equipamentos de US utilizados e retratados foram BVI 2500®, BVI 3000®, BVI 5000®, os quais podem ser caracterizados como portáteis, de baixo custo e fácil manuseio (ADDISON, 2000; ALAGIAKRISHNAN; VALPREDA, 2009; BALDINI et al., 2009; ROSSELAND et al., 2005; SMITH, 2002; SUARDI et al., 2001).

6.2- ETAPA 2- ESTUDO DE CAMPO

O uso do US ainda não é parte do trabalho clínico do enfermeiro no Brasil. Nesse sentido, para avaliar a autoconfiança do profissional associada ao uso desse equipamento foi necessário realizar a coleta de dados num país do exterior.

Os dados foram coletados em Portugal, num centro de reabilitação, onde o uso do US é parte da assistência de enfermagem ao paciente em retenção urinária. Diferente do Brasil, nesse país, segundo o Decreto-Lei nº 178/85; que revoga o Decreto nº 543/76, de 08 de julho, os Decretos-Leis n 305/81, de 12 de novembro, e 324/83, de 6 de julho e dispõe sobre a carreira única para todos os enfermeiros os profissionais da área de enfermagem são constituídos unicamente por enfermeiros (PORTUGAL, 1985).

No país onde os dados foram coletados, o processo de reabilitação foi estruturado a partir de 1959, em locais específicos denominados Centros de Reabilitação, que compreendem estruturas físicas arrojadas compostas por pessoal especializado para o atendimento às necessidades dos deficientes. Para a capacitação profissional dos profissionais, no início da implantação dos centros de reabilitação, foi necessário o deslocamento de profissionais para outros países, no entanto, nos dias atuais a formação dos enfermeiros especialistas em reabilitação é realizada através das escolas de enfermagem nacionais (LUÍS et al., 2003).

Reconhece-se o processo de reabilitação em enfermagem desde 1859, durante a guerra da Criméia, pela atuação da enfermeira Florence Nightingale, (ANDRADE, 2010), no entanto, essa prática foi impulsionada pelas circunstâncias oriundas da Segunda Guerra Mundial (1940 e 1950), que deixou milhares de militares feridos e debilitados e obrigou o desenvolvimento de locais destinados ao atendimento desses pacientes em muitos países (FARO, 2006; LUÍS et al., 2003; RODRIGUES, 2009).

No processo de reabilitação é necessário por parte do paciente, família e profissionais, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que visam a recuperação das funções perdidas ou alteradas, através do planejamento e implementação de cuidados em conjunto, objetivando sempre os pacientes, o gerenciamento do auto cuidado, o viver independente e o sentir produtivo (BRUNI et al., 2004; FIGUEIREDO; MACHADO, 2004; NEAL, 2001; ZAGO et al., 1998).

A RU é comum em pacientes em processo de reabilitação, o que faz do uso do US nos locais que atendem a esses pacientes um instrumento frequente. No processo de reabilitação da RU, é papel do enfermeiro realizar a reeducação vesical, através de uma avaliação completa, que determine a capacidade vesical, a pressão intra-vesical, visando a prevenção de ITU ou o controle da colonização da bexiga (ANDRADE et al., 2013; HAGEN et al., 2011), o que faz do US, um instrumento de extrema necessidade na assistência ao paciente, uma vez que possibilita a avaliação fidedigna do volume de urina da bexiga e orienta ou não a realização do cateterismo urinário, diminuindo consideravelmente os índices de ITU.

Nesse contexto, conforme os resultados dessa pesquisa, segundo demonstram as Tabelas 1, 2, 3 e 4, a parte descritiva desse estudo, foi realizada junto a uma amostra constituída por enfermeiros portugueses, formados pela maioria do sexo feminino, que apresentam idade média de 35,3 anos e obtiveram o título de enfermagem entre 1978 e 2010. Entre eles alguns são especialistas na área de reabilitação e a maioria possui menos de cinco anos de experiência no local de trabalho atual (Tabela 5).

Para a qualificação da assistência de enfermagem, cada vez mais se faz necessário à presença de enfermeiros especialistas, visto que profissionais capacitados estão desde longa data, diretamente relacionados à redução de taxas de infecções e a maior segurança nos procedimentos (MARKS et al., 1997).

A análise da autoconfiança dos sujeitos da amostra na avaliação dos pacientes em RU foi realizada através da escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem na Retenção Urinária (MAZZO et al., 2013), que avalia a questão em cinco domínios, representados por: comunicação, consentimento e preparo do material para realização do cateterismo urinário; medidas prévias a realização do cateterismo urinário voltadas ao preparo do paciente e profissional, medidas realizadas durante a realização do cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas; medidas realizadas após a realização e retirada do cateterismo urinário e avaliação objetiva da RU. Assim como na escala original, os resultados encontrados na amostra demonstram, conforme Tabela 6, uma alta correlação entre os fatores da escala, o que pode ser representado pelos valores de Alpha (0,969).

Embora nas escolas de formação de enfermeiros os procedimentos relacionados ao exame físico, interação com o paciente, escolha do material, técnica e intervenções pós-procedimentos sejam ministrados durante a formação, fica nítido

pela resposta dos sujeitos que as maiores inquietações relacionadas a assistência de enfermagem na RU estão ligadas ao posicionamento do profissional nas situações iatrogênicas e a avaliação da RU, mesmo em enfermeiros experientes como mostra a Tabela 7, no caso da amostra.

A avaliação clínica da RU é um procedimento complexo que envolve o desenvolvimento de habilidades. No entanto, muitos profissionais não são capazes de diferenciar os pacientes que apresentam RU clinicamente significativa e necessitam de intervenção imediata daqueles que apresentam um esvaziamento incompleto da bexiga clinicamente insignificante (MILLEMAN; LANGENSTROER; GURALNICK, 2004).

Para a avaliação adequada da RU, o enfermeiro deve atentar-se a dados subjetivos e objetivos. Na anamnese do paciente necessita descartar as possíveis etiologias que podem ou não dificultar esse procedimento, como o uso de medicamentos, hábitos intestinais alterados, história cirúrgica pregressa, ITU, condições neurológicas, AVC, esclerose múltipla e/ou lesões ou compressões medulares, entre outros (BALDINI et al., 2009; DARRAH et al., 2009; HANSEN et al., 2011). No exame físico precisa realizar a inspeção, palpação e percussão abdominal. No entanto, é nessa etapa que os maiores problemas acontecem, o que torna importante considerar, que o profissional pode apresentar imprecisão na técnica e dificuldade para mensurar o volume de urina na bexiga, e/ou ainda que durante o procedimento a palpação profunda da bexiga, pode produzir um desconforto significativo para o paciente através de reflexos vagais evocados pela dor (NEWNAN; WEIN, 2009).

Nesse contexto, para o profissional é inconveniente e impreciso depender exclusivamente do exame físico para avaliar o paciente em RU (ADDISON, 2000) e para o paciente é necessário considerar que situações diversas podem alterar a fisiologia da micção. Estudo prospectivo realizado em uma SRPA de um hospital de Paris, no período de agosto a outubro de 2001 com 177 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, submetidos à cirurgia torácica, vascular, abdominal ou ortopédica, mostrou que apenas 46,0% dos pacientes com volume de urina na bexiga maior ou igual a 500ml perceberam que a bexiga estava cheia e sentiram vontade de urinar (LAMONERIE et al., 2004).

Ao se analisar a distribuição dos sujeitos em relação à autoconfiança apresentada para assistência de enfermagem na RU, conforme demonstra a Tabela

7 e o Gráfico 1, é possível observar em relação as medidas realizadas durante a realização do cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas que os enfermeiros demonstram-se confiantes, muito confiantes e numa porcentagem menor completamente confiantes; medidas prévias a realização do cateterismo voltadas ao preparo do paciente e profissional muito confiantes e completamente confiantes; medidas realizadas após a realização e retirada do cateterismo muito confiantes e completamente confiantes; comunicação, consentimento e preparo do material para realização do cateterismo urinário completamente confiantes e com relação a avaliação objetiva da RU pouco confiantes e confiantes.

Autoconfiança é a crença em suas habilidades para realizar uma meta ou tarefa e é crucial para um desempenho efetivo. Está subjacente à competência dos enfermeiros para realizar um atendimento de sucesso (CROOKES et al., 2005; FERRAND et al., 2006; PERRY, 2011). Faz parte de uma importante construção psicológica que afeta o desempenho (HAY; ASHMAN; VAN KRAAYENOORD, 1997) e no caso da RU pode direcionar ou não a realização do procedimento de avaliação do paciente e tomada de decisão pelo cateterismo urinário de forma adequada.

Para o enfermeiro, possuir autoconfiança significa alcançar um objetivo em uma determinada situação. Enfermeiros autoconfiantes confiam em suas próprias habilidades, acreditam e são capazes de realizar, aceitam suas limitações e mantêm atitudes expectativas realistas que transformam-se em atitudes positivas (ALIAS; HAFIR, 2009; KUKULU, 2013).

Na enfermagem, o desenvolvimento da autoconfiança repercute em melhores resultados para os pacientes e em desempenho eficaz do profissional (CHESSER-SMYTH, 2005; EPP, 2008; HAYES, 2003). Enfermeiros autoconfiantes possuem habilidades de análise crítica, de reflexão, de resolução de problemas e principalmente de tomada de decisão (CALMAN, 2006).

Quando a autoconfiança do profissional é alta o desempenho clínico é satisfatório, ocorrem mudanças, assumem-se desafios, melhora-se o trabalho de equipe e a motivação do grupo (WHITE, 2009). Se a autoconfiança for baixa, é improvável que o enfermeiro seja capaz de cumprir as exigências decorrentes das estruturas que afetam os cuidados de saúde (RANDLE, 2003).

Confiança na própria habilidade afeta positivamente o desempenho e a eficácia do indivíduo, uma vez que o estado afetivo é um facilitador da performance, e a auto-dúvida um debilitador (BANDURA, 1994; LEIGH, 2008).

Embora as características da amostra sejam favoráveis para o desenvolvimento de alta performance e alta confiança (local de trabalho, especialização, tempo de experiência e principalmente o uso do US), a baixa confiança demonstrada pelos enfermeiros na avaliação da RU, revela que o procedimento é complexo, o que o torna não recomendado sem a presença do US. A maior parte dos enfermeiros não encontra-se habituada e/ou preparada para a leitura de exames diagnósticos (PHILLIPS, 2000; RESNICK, 1995). Nesse sentido, o US ainda apresenta vantagens, visto que é um método seguro, de fácil manuseio e aprendizado e pode ou não ser utilizado por profissionais especializados. Não apresenta desconforto ao paciente, tem elevado grau de precisão, resultados instantâneos, diminui o tempo de avaliação, proporciona a oportunidade de impressão do volume de urina mensurado o auxilia a documentação do cuidado e indica se é ou não necessário a realização do cateterismo urinário. Além disso, não traz risco de ITU ou trauma de uretra, é reutilizável, de baixo custo X benefício, e auxilia na tomada de decisão clínica (GILBERT, 2005; NEWMAN; WEIN, 2009; OSTASZKIEWICZ, 2007).

Ao ser utilizado o US fornece dados para avaliação da RU e insuficiência renal; biofeedback na reeducação da bexiga; avaliação do mau funcionamento do cateter urinário; verifica a eficácia dos medicamentos anticolinérgicos sobre a micção e avalia os pacientes que estão em risco de má esvaziamento da bexiga, tais como os pacientes em RU crônica, mesmo que eles não apresentem sintomas clínicos (ADDISON, 2000).

Para o seu melhor uso, os profissionais e os serviços necessitam criar protocolos e treinar os profissionais. Sempre que existente no local de trabalho deve ser o instrumento de escolha do profissional para avaliar o paciente em RU, estimar o volume de urina residual ou confirmar se o esvaziamento vesical foi eficaz. (PATRACA, 2005). O US ainda libera o tempo do enfermeiro para outras atividades da jornada de trabalho e repercute em qualidade e segurança do cuidado, o que, torna-se relevante (PHILLIPS, 2000; RESNICK, 1995).

Durante a prática clínica, que incluem a assistência de enfermagem na RU, os enfermeiros tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente seguro, cuidados eficazes e precisam desenvolver competências adequadas para as atividades que irão realizar (SELLMAN, 2006). Necessitam de habilidades para a tomada de

decisão clínica e nesse sentido precisam desenvolver a autoconfiança, ou seja, a crença em si mesmo que leva ao caminho para o sucesso.

7. CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, na busca de evidências científicas para fundamentar a utilização do US na assistência à retenção urinária, os resultados obtidos demonstraram que as evidências científicas sobre o uso do US tem sido referenciadas na literatura internacional com ênfase na língua inglesa, os estudos possuem alto nível de evidência científica e enfatizam que o uso do US é indispensável no diagnóstico da RU, uma vez que é um método preciso e confiável, que leva a diminuição do número de cateterismos urinário desnecessários, o que implica na redução das taxas de ITU, fazendo com que haja queda dos custos hospitalares. Destacam ainda que o uso do US na prática clínica é um procedimento não invasivo, de baixo custo e alto benefício quando comparado. Para que todas as facilidades descritas pelo uso do US sejam desenvolvidas para uma melhor prática da enfermagem, é necessário adquirir o equipamento adequado, planejar e implementar o seu uso e treinar a equipe de enfermagem de maneira adequada para utilizá-lo.

Ao analisar a autoconfiança do enfermeiro na assistência de enfermagem na retenção urinária, foi possível identificar que mesmo entre enfermeiros que fazem uso do US na prática clínica há alguns anos e diariamente e considerando-se ainda os predicados do equipamento, a avaliação do paciente em RU é um procedimento que inspira cuidados, uma vez que é complexo, envolve o raciocínio clínico e a tomada de decisão.

A autoconfiança é um componente essencial na assistência de enfermagem, que pode e deve ser adquirida através de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades. Ao ser colocada em prática melhora a autoeficácia dos profissionais o que repercute de maneira direta na segurança e na qualidade do cuidado de enfermagem. Na amostra estudada, ainda que seja possível identificar características favoráveis a presença da autoconfiança na assistência de enfermagem na RU, como o local de trabalho, a especialização e o tempo de experiência profissional pode-se verificar que entre todos os itens relacionados a assistência de enfermagem a RU, os sujeitos pesquisados demonstraram menos confiança ao avaliar um paciente em RU.

A avaliação do paciente em RU é um procedimento complexo, que envolve sinais e sintomas clínicos e muitas vezes são realizadas de forma rotineira, negligenciada e baseada em escassas evidências científicas.

Assim, é necessário que seja realizado a disseminação da importância da avaliação da RU e das tecnologias existentes e disponíveis que auxiliam o profissional e trazem benefícios ao paciente e a equipe, repercutindo no desenvolvimento da autoconfiança e da autoeficácia do trabalho do enfermeiro.

ADDISON, R. A guide to bladder ultrasound. **Nursing times**, v. 96, n. 40, p. 14- 17, 2000.

ALAGIAKRISHNAN, K.; VALPREDA, M. Ultrasound bladder scanner presents falsely elevated postvoid residual volumes. **Canadian Family Phycian**, v 55, n. 2, p. 163-64, 2009.

ALIAS, M.; HAFIR, A. N. **The relationship between academic self-confidence and cognitive performance among engineering students**. Proceedings of the Research in Engineering Education Symposium. Palm Cove, Qld, Austrália.

ALSTCHULER, V; DIAZ, L. Bladder ultrasound. **Medsurg Nursing**, v. 15, n. 5, p. 317-18, 2006.

ANDERSON, K. E.; ARNER, A. Urinary bladder contraction and relaxation: physiology and pathophysiology. **Physiological Reviews**, v. 84, n. 3, p. 935- 86, 2004.

ANDRADE, L. T. et al., Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 93- 100, 2013.

ANDRADE, L. T. et al. O papel da enfermagem na reabilitação física. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1056- 60, 2010.

BALDERI, T.; CARLI, F. Urinary retention after total hip and knee arthroplasty. **Minerva Anestesiologica**, v. 76, n. 2, p. 120- 30, 2010.

BALDERI, T. et al. Incidence of postoperative urinary retention (POUR) after joint arthroplasty and management using ultrasound- guided bladder catheterization. **Minerva Anestesiologica**, v. 77, n. 11, p. 1050-57, 2011.

BALDINI, G. et al. Postoperative urinary retention. **Anesthesiology**, v. 110, n. 5, p. 1139- 157, 2009.

BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational psychologist**, v. 28, n. 2, p. 117- 48, 1993.

BANDURA, A. **Self- efficacy in changing societies**. Cambridge University Press, 1995.

BANDURA, A. **Self-efficacy**. In **V. S. Ramachaudran**. New York: Academic Press, Encyclopedia of human behavior, 1994.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

BARROS, A. L. B. L. de et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BICKLEY, L. S.; SZILAGYI, P. G. **Bates Propedênci**a Médica. Tradução Maria Angelica Borges dos Santos. Revisão Técnica Nephtali Segal Grinbaum. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BORRIE, M. J. et al. Urinary retention in patients in a geriatric rehabilitation unit: prevalence, risk factors, and validity of bladder scan evaluation. **Rehabilitation Nursing**, v. 26, n. 5, p. 187-91, 2001.

BRUNI, D. S. et al. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 1, p. 71-9, 2004.

CALMAN, L. Patients' views of nurses' competence. **Nurse Education Today**, v. 26, n. 8, p. 719–25, 2006.

CARSON, J. et al. Assessing and measuring self-esteem in mental health: a comparison of scales in current use. **Mental Health and Learning Disabilities Care**, v. 4, p. 336-39, 2001.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections**, EUA, 2009. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>>.

CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO CENTRO- ROVISCO PAIS, 2013. Disponível em: < <http://www.roviscopais.min-saude.pt/>>.

CHESSER-SMYTH, P. A. The lived experiences of general student nurses on their first clinical placement: A phenomenological study. **Nurse Education in Practice**, v. 5, n. 6, p. 320–7, 2005.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Integrated theory and knowledge development in nursing**. 7. ed. St. Louis, MO: Mosby, 2008.

CHRISTENSEN, D. A. **Ultrasonic Bioinstrumentation**. New York: John Wiley & Sons; 1988.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentos de enfermagem**: saúde e função humanas. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CROOKES D. et al. Development of professional confidence by post diploma baccalaureate students. **Nurse Education in Practice**, v. 5, n. 6, p. 360–7, 2005.

DARRAH, D. M.; GRIEBLING, T. L.; SILVERSTEIN, J. H. Postoperative urinary retention. **Anesthesiology clinics**, v. 27, p. 465- 84, 2009.

DAVIDHIZAR, R. Self-confidence: A requirement for collaborative practice. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 12, n. 4, p. 218 – 22, 1993.

- DUTRA, J.S.; HIPÓLITO, A.M.; SILVA, C.M. Gestão de pessoas por competência: o caso de uma empresa do setor de telecomunicações. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.4, n.1, p.161-176, 2000.
- EPP, S. The value of reflective journaling in undergraduate nursing education: a literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 9, p. 1379–88, 2008.
- FARO, A. C. M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 128-33, 2006.
- FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**. 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2005.
- FERNANDES, M. C. B. C.; COSTA, V. V.; SARAIVA, R. A. Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgésicos opióides. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 318-22, 2007.
- FERRAND, P. et al. Implementing competency recommendations into pre-registration nursing curricula: effects upon levels of confidence in clinical skills. **Nurse Education Today**, v. 26, n. 2, p. 97–103, 2006.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. O que é reabilitação. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2004.
- FUMINCELLI, L. et al. Produção científica sobre eliminações urinárias em periódicos de enfermagem brasileiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 127- 31, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a19.pdf> >.
- GILBERT, R. Using essence of care benchmarking to develop clinical practice continence care. **Nursing Times**, v. 101, n. 54, p. 42-3, 2005.
- GLAVIND, K.; BJORK, J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 14, n. 2, p. 119–21, 2003.
- GROUTZ, A. et al. Persistent postpartum urinary retention in contemporary practice. Definition, prevalence and clinical implications. **The Journal of Reproductive Medicine**, v. 46, n. 1, p. 44–48, 2001.
- HAGEN, S. et al. Cardiovascular and urological dysfunction in spinal cord injury. **Acta Neurol Scand Suppl**, v. 191, p. 71-8, 2011.
- HANSEN, B. S. Risk factors of post-operative urinary retention in hospitalised patients. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 55, n. 5, p. 545-8, 2011.
- HAY, I.; ASHMAN, A.; VAN KRAAYENOORD, C. E. Investigating the influence of achievement on self-concept using an intra-class design and a comparison of the PASS and SDQ-1 self-concept tests. **British Journal of Educational Psychology**, v. 67, n. 3, p. 311- 21, 1997.

HAYES, E. F. Nurse practitioner self-confidence and attitudes regarding managed care. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 15, n. 11, p. 501–8, 2003.

HERTER, R.; KAZER, M. W. Best practices in urinary catheter care. **Home Healthcare Nurse**, v. 28, n. 6, p. 342-49, 2010.

KANNAYIRAM, A.; VALPREDA, M. Ultrasound bladder scanner presents falsely elevated postvoid residual volumes. **Can Fam Physician**, v. 55, n. 2, p. 163-4, 2009.

KEITA, H. et al. Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. **Anesthesia and Analgesia**, v. 101 n. 2 . p. 592-96. 2005.

KONG, K. H.; YOUNG, S. Incidence and outcome of poststroke urinary retention: a prospective study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, n. 11, p. 1464–67, 2000.

KRÖNER, S.; BIERMANN, A. The relationship between confidence and self-concept- Towards a model of response confidence. **Intelligence**, v. 35, p. 580-90, 2007.

KUKULU, K. et al. Self-confidence, gender and academic achievement of undergraduate nursing students. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 20, n. 4, p. 330-35, 2013.

JOBSON, J. D. **Applied multivariate data analysis**. New York: Springer-Verlag, 1996.

LAMONERIE, L. et al. Prevalence of postoperative bladder distention and urinary retention detected by ultrasound measurement. **British Journal of Anaesthesia**, v. 92, n. 4, p. 544- 6, 2004.

LEE, Y.-Y. et al. The effectiveness of implementing a bladder ultrasound programme in neurosurgical units. **Journal of Advanced Nursing**, v. 57, n. 2, p. 192- 200, 2007.

LEIGH, G. T. High- fidelity simulation and nursing student´s self- efficacy: a review of the literature. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v. 5, n. 1, p 1-17, 2008.

LUÍS, M. L. S. el al., História da enfermagem de reabilitação. **Revista da Ordem dos enfermeiros**, n. 9, p. 12- 13, 2003.

MACHADO, A. A. **Psicologia do Esporte**: da educação física escolar ao treinamento esportivo. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

MAGO, A. J. D. et al. Prevalência e fatores preditivos de retenção urinária diagnosticada por ultrassonografia no período pós- anestésico imediato. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 4, p. 387-90, 2010.

MARKS, L. S. et al. Three-dimensional ultrasound device for rapid determination of bladder volume. **Urology**, v. 50, n. 3, p. 341-8, 1997.

MAZZO, A. et al. Autoconfiança do enfermeiro na assistência ao paciente em retenção urinária: proposta e validação de escala. In: ConTIC- Saúde 2013- Congresso Tecnologia e Humanização na Comunicação em Saúde, 2013, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 2013.

MAZZO, A. et al. Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. **Texto & Contexto Enfermagem** (UFSC. Impresso), v. 20, n. 2, p. 333-39, 2011.

MAZZO, A. et al. Cateter urinário: mitos e rituais presentes no preparo do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem** (UNIFESP. Impresso), v. 25, n. 6, p. 889-94, 2012.

MELEIS, A. I. Our discipline and its structure. In ZUCCARINI, M.; KOGUT, H. (Eds.). **Theoretical nursing**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 451-85.

MILLEMAN, M.; LANGENSTROER, P.; GURALNICK, M. Postvoid residual urine volume in women with overactive bladder symptoms. **The Journal of Urology**, v. 172, n. 5, p.1911-14, 2004.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MIYASHITA, H.; KOJIMA, M.; MIKI, T. Ultrasonic measurement of bladder weight as a possible predictor of acute urinary retention in men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. **Ultrasound in Medicine and Biology**, v. 28, n. 8, p. 985- 90, 2002.

MOROÓKA, M.; FARO, A. C. M. A técnica limpa do auto cateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 4, p. 324- 331, 2002.

NARDOZZA JÚNIOR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. dos. **Urologia Fundamental**. 1.ed. São Paulo: Planmard, 2010.

NEAL, L. J. Using rehabilitation theory to teach medical-surgical nursing to undergraduate students. **Rehabil Nurs**, v. 26, n. 2, p. 72-7, 2001.

NEWMAN, D.; WEIN, A. **Managing and treating urinary incontinence**. Baltimore Maryland: Health Professions Press, 2009.

OSTASKIEWICZ, J. Incomplete bladder emptying in frail older adults: A clinical conundrum. **International Journal of Urological Nursing**, v. 1, n. 2, p. 87-91, 2007.

PALESE, A. et al. The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, p. 2970-79, 2010.

PASIN, S.; SCHNATH, F. **Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural**. **Rev. HCPA**. Porto Alegre, v.27, n.2, p. 69-73. 2007.

PATRACA, K. Measure bladder volume without catheterization. **Nursing**, v. 35, n. 4, p. 46- 7, 2005.

PENG, C.-W. et al. Improved bladder emptying in urinary retention by electrical stimulation of pudendal afferents. **Journal of Neural Engineering**, v. 5, n. 2, p. 144-54, 2008.

PERRY, P. Concept analysis: confidence/self- confidence. **Nursing Forum**, v. 46, n. 4, p. 218- 30, 2011.

PHILLIPS, J. K. Integrating bladder ultrasound into a urinary tract infection – reduction project. **American Journal of Nursing**, v. 100, n. 3, p. 3–12, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 178/85, de 23 de Maio de 1985. Aprova a revisão da carreira de enfermagem. Revoga o Decreto nº 534/76, de 8 de Julho, e os Decretos-Leis nº 305/81, de 12 de Novembro, e 324/83, de 6 de Julho. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em:

<<http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=11200&doc=19851295%20&v02=&v01=2&v03=19000101&v04=30001221&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=%27DecretoLei27&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>>.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RANDLE J. Chances in self- esteem during a 3 year pre-registration diploma in higher education (nursing) programme. **Learning in Health and Social Care**, v. 2, p. 51-60, 2003.

RANDLE, J. The self- esteem of nursing students. **Journal of Clinical Nursing**, v. 10, p. 293-300, 2001.

REEVE J. **Past caring? A longitudinal study of the modes of change in the professional self- concept and global self- concepts of students undertaking a three year diploma in nursing course**. PhD Thesis, University of Nottingham, Nottingham, 2000.

RESNICK, B. A bladder scan trial in geriatric rehabilitation. **Rehabil Nurs**, v. 20, n. 4, p. 194-6, 1995.

- RIGBY, D.; HOUSAMI, F. A. Using bladder ultrasound to detect retention in patients. **Nursing Times**, v. 21, n. 34, p. 36- 7, 2009.
- RINGDAL, M.; BORG, B.; HELLSTRÖM, A. L. A survey on incidence and factors that may influence first postoperative urination. **Urol Nurs**, v. 23, n. 5, p. 341- 6, 2003.
- RODRIGUES, G. Um olhar para além das deficiências [periódico na Internet]. São Paulo: Pedagogo Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.pedagobrasil.com.br/educacaoespecial/umolharparaalemdasdeficiencias.htm>>.
- ROSSELAND, L. A. et al. Monitoring urinary bladder volume and detecting post-operative urinary retention in children with an ultrasound scanner. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v.49, n. 10, p. 1456-59, 2005.
- ROSSELAND, L.A.; STUBHAUG, A.; BREIVIK, H. Detecting postoperative urinary retention with an ultrasound scanner. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v.46, n. 3, p. 279-282, 2002.
- SAINT, S. Clinical and economic consequences of nosocomial catheter-related bacteruria. **American Journal of Infection Control**, v. 28, n. 1, p. 68-75. 2000.
- SELLMAN, D. The importance of being trustworthy. **Nursing Ethics**, v. 13, n. 2, p. 105- 15, 2006.
- SLAPPENDEL, R.; WEBER, E. W. G. Non-invasive measurement of bladder volume as an indication for bladder catheterization after orthopaedic surgery and its effect on urinary tract infections. **European Journal of Anaesthesiology**, v. 16, p. 503–6, 1999.
- SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem medico-cirúrgico**.11.ed. v.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- SMITH, A. Easing patient discomfort. **Rehab Management: The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation**, v. 14, n. 9, p. 28-30, 2002.
- SPENCE, A. **Anatomia humana básica**. Tradução Edson Aperecido Liberti. São Paulo, Manole, 1991.
- STETLER C. B. et al. Utilization-focused interative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.
- STEVENS, E. Bladder ultrasound: avoiding unnecessary catheterizations. **Medsurg Nursing**, v. 14, n. 4, p 249- 53, 2005.
- SUARDI, L. et al. From intermittent catheterization to time- volume dependent catheterization in patients with spinal cord injuries, through the use of a portable, ultrasound instrument. **Europa Medicophysica**, n. 37, p. 111-4, 2001.

TENG, C. -H. et al. Application of portable ultrasound scanners in the measurement of post-void residual urine. **Journal of Nursing Research**, v. 12, n. 13, p. 216-24, 2005.

URSI E.S.; GALVÃO C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto; v.14, n.1, p.124-31, jan/fev 2006.

VAN DE GRAAFF, K.M. **Anatomia Humana**. Tradução e revisão científica Nader Wafae. São Paulo, Manole, 2003.

VAN OS, F. M.; LINDEN, P. J. Q. V. D. Reliability of an automatic ultrasound system in the post partum period in measuring urinary retention. **Acta Obstetrica et Gynecologica**, v. 85, n. 5, p. 604- 607, 2006.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4. ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, 2005.

WARNER, A. et al. Postoperative bladder distention: Measurement with bladder ultrasonography. **Journal of Perianesthesia Nursing**, v. 15, n. 1, p. 20-5, 2000.

WHITE, K. A. Self-confidence: A concept analysis. **Nursing Forum**, v. 44, n. 2, p. 103–14, 2009.

WU, J.; BAGULEY, I. J. Urinary retention in a general rehabilitation unit: prevalence, clinical outcome, and the role of screening. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 86, n. 9, p. 1772- 777, 2005.

YIP, S. K. et al. Four-year follow- up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 187, n. 3, p. 648- 52, 2002.

YOUNG, H. D.; FREEDMAN, R. A. **Física II: Termodinâmica e ondas**, 12^a ed. São Paulo: Pearson Addison Wesley, 2008.

ZAGO, M. M. F. et al. O significado cultural de ser laringectomizado. **Rev Bras Cancerol**, v. 44, n. 2, p. 139-45, 1998.

Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Ultrassom portátil de bexiga: evidências científicas e autoconfiança do enfermeiro

Pesquisadores: Profa. Dra. Alesssandra Mazzo - EERP-USP. (email: amazzo@eerp.usp.br), José Carlos Martins- Prof. Dr. ESENCFC (email: jmartins@esenfc.pt) e Beatriz Maria Jorge (email: beatrizjorge@usp.br)

Convidamos você a participar deste estudo, que tem como objetivo de avaliar a autoconfiança do enfermeiro na avaliação do paciente em retenção urinária respondendo a um questionário sobre autoconfiança na assistência de enfermagem à retenção urinária. Você levará cerca de 15 minutos para essa atividade. Todas as informações que você prestar nesses questionários e que nós observarmos sobre você, serão mantidas em segredo e serão utilizadas para pesquisa. Será preservada sua identidade, assim como da Instituição sobre a qual as informações serão prestadas. Ao final você poderá pedir para ler as informações prestadas. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando. Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que você seja prejudicado por isso. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para você nesse momento, mas sua participação será importante, pois poderemos aprender com os resultados desse trabalho, adequando o uso de novas tecnologias para a avaliação da retenção urinária do paciente. Se você tiver alguma dúvida, poderá perguntar ou entrar em contato conosco através do endereço ou telefone abaixo. Obrigada pela colaboração.

Pesquisador responsável: Beatriz Maria Jorge (beatrizjorge@usp.br). Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário. Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 Fone: 55- 0(XX)16-3602-0176

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa, preenchendo o questionário e concordando em responder a um questionário sobre autoconfiança na assistência de enfermagem na avaliação da retenção urinária. Sei que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Aceito também as informações prestadas sejam anotadas. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

_____, ____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador responsável

Apêndice 2- Escala de autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária

Caracterização sócio-demográfica e profissional

Número sujeito: _____ País: Portugal () Brasil ()

Data de nascimento: ____/____/____ Gênero: () masculino () feminino

Ano de obtenção do título de enfermeiro: _____

Especialização: () sim () não Se sim

qual: _____

Mestrado: () Título trabalho:

Doutorado: () Título trabalho:

Data de início da experiência profissional: ____/____ (mês/ano)

Data de término da experiência profissional se houver ____/____ (mês/ano)

Uso de tecnologias para avaliação do paciente em retenção urinária:

() ultrassom () outras

Quais: _____

Anexo 1- Escala de autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária

No quadro seguinte pedimos que refira, para cada item, quão confiante está de ser capaz de o realizar correta e completamente. Atenção, não pretendemos avaliar o seu nível de proficiência, mas sim de confiança.

Aos diferentes números, corresponde:

- 1 – Nada confiante
- 2 – Pouco confiante
- 3 – Confiante
- 4 – Muito confiante
- 5 – Completamente confiante

		1	2	3	4	5
1	Escutar a queixa do paciente	1	2	3	4	5
2	Avaliar o paciente em retenção urinária	1	2	3	4	5
3	Palpar a bexiga	1	2	3	4	5
4	Estimar, por palpação, o volume de urina dentro da bexiga	1	2	3	4	5
5	Decidir realizar o cateterismo urinário	1	2	3	4	5
6	Escolher o material a ser utilizado para a higiene íntima do paciente	1	2	3	4	5
7	Escolher o material a ser utilizado para a realização do procedimento	1	2	3	4	5
8	Comunicar ao paciente a necessidade de cateterismo urinário	1	2	3	4	5
9	Obter o consentimento do paciente para realização do cateterismo urinário	1	2	3	4	5
10	Garantir a privacidade do paciente	1	2	3	4	5
11	Assegurar a biossegurança do profissional	1	2	3	4	5
12	Realizar a lavagem das mãos	1	2	3	4	5
13	Realizar a higiene do genital do paciente	1	2	3	4	5
14	Abrir o material	1	2	3	4	5
15	Definir o nível de assepsia do procedimento	1	2	3	4	5
16	Realizar a antisepsia do períneo	1	2	3	4	5

17	Decidir utilizar ou não lubrificante	1	2	3	4	5
18	Introduzir a sonda	1	2	3	4	5
19	Definir o comprimento da sonda a ser introduzida	1	2	3	4	5
20	Decidir se a bolsa coletora deve estar conectada ou não durante a realização do procedimento nos cateterismos de demora	1	2	3	4	5
21	Intervir quando não há drenagem de urina	1	2	3	4	5
22	Intervir quando há hematúria	1	2	3	4	5
23	Decidir que intervenção quando encontra resistência à progressão do cateter	1	2	3	4	5
24	Fixar o cateter quando necessário	1	2	3	4	5
25	Intervir quando, num sistema fechado há desconexão acidental da bolsa	1	2	3	4	5
26	Realizar a colheita de urina para diferentes exames	1	2	3	4	5
27	Avaliar o volume de urina a ser drenado nos cateterismos intermitentes	1	2	3	4	5
28	Avaliar a necessidade de mudar ou esvaziar a bolsa coletora	1	2	3	4	5
29	Decidir quando retirar um cateter	1	2	3	4	5
30	Dar ao material retirado o destino adequado	1	2	3	4	5
31	Registrar os dados relativos ao procedimento	1	2	3	4	5
32	Continuar a avaliação do paciente após a retirada do cateter	1	2	3	4	5

Anexo 2- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

Parecer N.º P129-12/2012

Título do Projecto: Assistência de enfermagem no processo de avaliação, capacitação da equipa de enfermagem para a prática do autocateterismo urinário intermitente

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Alessandra Mazzo, José Carlos Amado Martins

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Investigador Principal: Alessandra Mazzo, José Carlos Amado Martins

Relator(es): Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivo geral propor, utilizar e avaliar instrumentos que auxiliem no processo de reabilitação do paciente usuário de cateterismo urinário intermitente. O projecto tem ainda como objectivos específicos: a) validar a "Escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária"; b) identificar a autoconfiança dos profissionais na avaliação da retenção urinária; c) identificar a autoconfiança dos profissionais na avaliação da retenção urinária que fazem uso do ultrassom portátil de bexiga; d) mensurar a QV de pacientes e/ou seus cuidadores, usuários do cateterismo urinário intermitente portadores de bexiga neurogénica em processo de reabilitação.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, analítico e correlacional. A população alvo serão os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, enfermeiros do Centro de Reabilitação Rovisco Pais, pacientes do Centro de Reabilitação Rovisco Pais e cuidadores de pacientes do Centro de Reabilitação Rovisco Pais.

Os critérios de inclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. Apresentam os termos de consentimento informado dos estudantes, dos enfermeiros, dos pacientes e dos cuidadores. Apresentam também os instrumentos de colheita de dados para a caracterização dos sujeitos (pacientes e cuidadores), escala de autoconfiança, e escala de qualidade de vida.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 16 / 1 / 2013 O Presidente da Comissão de Ética: [Assinatura]

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR