UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CINTIA FERNANDES BACCARIN BIAZIOLO

Escala de autoconfiança para a realização do cateterismo
urinário intermitente: construção e validação de instrumento

RIBEIRÃO PRETO

2015

CINTIA FERNANDES BACCARIN BIAZIOLO

Escala de autoconfiança para a realização do cateterismo
urinário intermitente: construção e validação de instrumento

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 em Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no
Cuidado em Enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Alessandra Mazzo

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

Biaziolo, Cintia Fernandes Baccarin

Escala de autoconfiança para a realização do cateterismo urinário intermitente: construção e validação de instrumento. Ribeirão Preto, 2015.

78p. : il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Alessandra Mazzo

1. Enfermagem. 2. Cateterismo Uretral Intermitente. 3. Autoconfiança.

BIAZIOLO, Cintia Fernandes Baccarin

Escala de autoconfiança para a realização do cateterismo urinário intermitente:
construção e validação de instrumento

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 em Tecnologia e
Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu marido **Austen** pela compreensão, pelo auxílio prestado e presença certa nos momentos difíceis. Se não fosse você o que seria de mim?

Aos meus filhos, **Gabriel e Isabela** que deixei muitas vezes para conclusão deste trabalho. Mesmo longe pensava sempre em vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela força, proteção e coragem, por ter me concedido saúde e perseverança durante toda esta trajetória, por fazer parte da minha vida e estar presente em todos os momentos...

Por ter colocado em meu caminho pessoas inigualáveis que nunca esquecerei.

Aos meus pais **Guerino e Doralice** pelos esforços dispensados à minha formação, pelo apoio, carinho e compreensão, pelo exemplo de honestidade e dedicação à família. Minha admiração por vocês é infinita. Não tenho palavras para expressar minha gratidão.

As minhas irmãs **Giovana e Fabíola**, que tenho muita admiração, que entenderam minha ausência e contribuíram para que mais este sonho fosse realizado. Vocês são minha estrutura e meu modelo.

As minhas sobrinhas **Fernanda e Flávia** pelo apoio e imensa contribuição neste trabalho e aos meus sobrinhos, **Henrique, Helena e Elisa**, que juntos sempre tornaram meus dias melhores.

À minha sogra **Cacilda**, ao meu sogro **Rubens**, aos meus cunhados **Fernando, Fabrício, Herbert, Angleni e Geison**, que me apoiaram durante toda esta caminhada.

À **Profa. Dra. Alessandra Mazzo**, minha orientadora, pela paciência e confiança depositada, por todos os ensinamentos transmitidos, carinho, compreensão e profissionalismo em todo o

momento. Pelo aconchego e palavras de apoio após as orientações.

Modelo de clareza, objetividade e olhar carinhoso.

Às colegas de pesquisa **Laís Fumincelli e Beatriz Maria Jorge**, pela valiosa colaboração, desde o preparo para o ingresso no mestrado e durante toda minha jornada, oferecendo amizade e carinho. Obrigada pelos sorrisos e desabafos, nos momentos em que mais precisei.

Ao **Dr. Marcelo Ferreira Cassini**, por participar desta conquista, compartilhando conhecimentos.

Ao **Prof. José Carlos Amado Martins e a Profa. Dra. Soraia Assad Nasbine Rabeh** pela valiosa colaboração no exame de qualificação.

À amiga e companheira de trabalho por longo período **Maria Helena Yasuko Takeno Cologna** pela sincera amizade, companheirismo, cuidado com meus filhos e auxílio durante toda esta caminhada. Sua contribuição foi de grande valia.

Aos colegas de trabalho auxiliares e técnicos de enfermagem, **Regina R., Silvia, Regina M., Giovana, Jefferson e Hamilton**, pelo companheirismo e carinho durante todo este processo.

Aos colegas de trabalho do Centro de Reabilitação, Enfermeiros **Patrícia Carla Vianna**, minha companheira de mestrado e **Gustavo Leandro Matioli**, que me apoiaram e incentivaram. Muitas vezes entenderam e supriram minha ausência.

A enfermeira **Ana Carolina Gomes**, pelo grande auxílio neste trabalho quando mais precisava.

A enfermeira **Caroline Padovan Prado**, pela valiosa contribuição nesta dissertação, pela experiência e convívio.

Aos amigos do **Grupo de Pesquisa em Disfunções Urinárias**, pelo companheirismo, auxílio e amizade.

A **Dra Elaine Mara Lourenço**, pelas palavras de apoio e companheirismo no nosso ambulatório.

Aos meus **colegas** de trabalho do Centro de Reabilitação, que tentaram compreender meus anseios.

A **todos** que contribuíram de forma direta ou indireta na conclusão deste trabalho, que sempre confiaram em mim, desde sempre.

Muito obrigada

RESUMO

BLAZIOLO, C. F. B. **Escala de autoconfiança para a realização do cateterismo urinário intermitente: construção e validação de instrumento**. 2015. 78f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Este estudo teve como objetivo validar instrumento de medida para a realização do cateterismo urinário intermitente entre pacientes e cuidadores. Estudo metodológico de construção e validação de instrumento, realizado no Centro de Reabilitação de um Hospital Universitário, com pacientes usuários do cateterismo urinário intermitente e com os seus cuidadores, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Parecer 146/2012. Os dados foram coletados por entrevista, realizada durante consulta de enfermagem através de instrumento de caracterização da amostra e de um questionário tipo Likert de 16 itens e cinco pontos por item, que vão de: “nada confiante”=1; “pouco confiante”=2; “confiante”=3; “muito confiante”=4 até “completamente confiante”=5. O questionário denominado Escala de Autoconfiança para realização do Cateterismo Urinário Intermitente Limpo (EACUIL) foi construído com base na literatura e validado em aparência e conteúdo em estudo anterior. Os dados da pesquisa foram codificados e digitados duplamente em planilhas do aplicativo Excel e após exportados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 22.0. S. Para determinar a validade e a confiabilidade do construto, foi utilizada estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão (média, moda, mediana, percentis, variância, desvio padrão), e a inferência estatística (análise fatorial e estimativa da consistência interna). Para a avaliação dos resultados obtidos, foi assumido o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. A amostra foi composta por 241 sujeitos, entre os quais 122 (50,6%) pacientes e 119 cuidadores (49,4%), a maioria provenientes da Divisão Regional de Ribeirão Preto (DRS XIII). A maior parte dos pacientes era de solteiros, do gênero masculino, possuíam o 1º. e 2º. grau completos e entre os cuidadores a maior parte era de casados, do gênero feminino e também possuía 1º. e 2º. graus completos. Entre pacientes e cuidadores a quase totalidade foi capacitada para o cateterismo no Hospital onde o diagnóstico primário foi realizado. A prática do cateterismo foi descrita pela maioria como realizada 4x/dia e há cerca de cinco anos. Com relação ao instrumento proposto foi encontrada uma elevada correlação de todos os itens com o total da escala, Alpha de Cronbach 0,944. Os itens da escala foram mantidos num único fator. Os mesmos resultados foram repetidos nas sub-amostras pacientes e cuidadores. Os valores descritivos da amostra no que diz respeito à autoconfiança indicam que entre pacientes e cuidadores os maiores valores encontrados foram os relacionados a “higienização das mãos” e os menores os relacionados a “escolher o que fazer quando sai sangue na urina”. Entre os pacientes foram também altos os índices de autoconfiança na higienização dos genitais.

Palavras-chave: Enfermagem; Cateterismo Uretral Intermitente; Autoconfiança.

ABSTRACT

BIAZIOLO, C. F. B. **Selfconfidence scale for the realization of intermittent urinary catheterization: construction and tool validation.** 2015. 78f. Thesis (Master Degree) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

This study aimed to validate measuring instrument for the realization of intermittent urinary catheterization among patients and caregivers. Methodological study of construction and instrument validation do neat the Rehabilitation Center of a University Hospital with patients using intermittent urinary catheterization and their carers, after approval by the Ethics Committee of the Nursing College of Ribeirão Preto - Opinion 146/2012. Data were collected by interview, conducted during nursing consultations through the sample characterization tool and a Likert questionnaire of 16 items and five points per item, ranging from "no confidence" = 1; "somewhat confident" = 2; "confident" = 3; "very confident" = 4 to "completely confident" = 5. The questionnaire named Self-confidence scale for carrying out the Clean Intermittent Catheterization Urinary (EACUIL) was built based on the literature and validated in appearance and content in a previous study. The survey data were coded and double entered in the Excel spreadsheet application and after exported and analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Science) version 22.0.S.To determine the validity and reliability of the construct was used descriptive statistics, with measures of central tendency and dispersion (mean, mode, median, percentiles, variance, standard deviation), and the statistical inference (factor analysis and estimation of internal consistency). For the evaluation of the results, it was as summed the value of $p < 0.05$ as statistically significant. The sample consisted of 241 subjects, including 122 (50.6%) patients and 119 caregivers (49.4%), most from the Regional Division of Ribeirão Preto (DRS XIII). Most patients were single, male, had between 51 and 60 years and the 1st and 2nd full degrees and among caregivers most were married, female and also had complete 1st and 2nd degrees. Between patients and caregivers almost all were trained for catheterization at the hospital where the primary diagnosis was made. The practice of catheterization was performed as described by Most 4x / day and about 5 years. Regarding the proposed instrument found a high correlation of all items with the total scale Cronbach's alpha 0.944. Scale items were kept in a single factor. The same results were repeated in patients and caregivers sub-samples. Descriptive sample values with regard to the confidence indicate that among patients and caregivers the highest values found were related to "hand hygiene" and smaller related to "choose what to do when there is blood in the urine." Among the patients were also high the confidence indices in cleaning the genitals.

Keywords: Nursing; Intermittent Urethral Catheterization; Self-confidence.

RESUMEN

BIAZIOLO, C. F. B. **Escala de auto confianza para la realización de cateterismo urinario intermitente: construcción y validación de instrumentos**. 2015. 78f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Este estudio tuvo como objetivo validar el instrumento de medición para realización de cateterismo urinario intermitente entre los pacientes y los cuidadores. Estudio metodológico de la validación de la construcción y el instrumento hecho en el Centro de Rehabilitación de un hospital universitario con los pacientes que usan el cateterismo urinario intermitente y sus cuidadores, tras su aprobación por el Comité de Ética de La Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Parecer 146 / 2012. Los datos fueron colectados mediante entrevista, llevada a cabo durante las consultas de enfermería a través de la herramienta de la caracterización de la muestra y un cuestionario tipo Likert de 16 artículos y cinco puntos por artículo, que van desde "ninguna confianza" = 1; "Algo confiado" = 2; "Confianza" = 3; "Muy confiado" = 4 "completamente seguro" = 5. El cuestionario denominado escala de autoconfianza para La realización Del limpie cateterismo urinário intermitente (EACUIL) fue construido en base a la literatura y validado en La apariencia y el contenido en un estudio previo. Los datos de La encuesta fueron codificados y escrito dos veces en La aplicación de hoja de cálculo Excel y después exportados y analizados con el programa SPSS (Statistical Package de Ciencias Sociales), versión 22.0.S. Para determinar la validez y confiabilidad de la construcción se utilizó la estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión (media, moda, mediana, percentiles, varianza, desviación estándar), y la inferencia estadística (análisis factorial y La estimación de consistencia interna). Para la evaluación de los resultados, se asumió el valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. La muestra consistió en 241 sujetos, incluyendo 122 (50,6%) pacientes y 119 cuidadores (49,4%), la mayor parte de la División Regional de Ribeirão Preto (DRS XIII). La mayoría de los pacientes eran solteros, varones, tenían entre 51 y 60 años y los primero y segundo grados completos y entre los cuidadores la mayoría estaban casados, eran mujeres, y también tenía el primer y segundo grados completos. Entre los pacientes y cuidadores casi todos fueron entrenados por cateterismo en el hospital donde se realizó el diagnóstico primario. La práctica de La cateterización ha sido descrito por muchos como realizado 4x / día y alrededor de 5 años. En cuanto al instrumento propuesto encontró una alta correlación de todos los artículos con el total de la escala, Alpha de Cronbach, 0.944. Ítems de la escala se mantuvieron en un solo factor. Los mismos resultados se repitieron en los pacientes y cuidadores sub muestras. Los valores de La muestra descriptiva con respecto a la confianza indican que entre los pacientes y los cuidadores de los más altos valores encontrados fueron relacionados con "higiene de las manos" y menores relacionados con "elegir qué hacer cuando hay sangre en la orina". Entre los pacientes también fueron elevados los índices de confianza en la limpieza de los genitales.

Palabras clave: Enfermería; Cateterismo Uretral Intermitente; Auto Confianza.

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Distribuição dos cuidadores segundo o parentesco com o pacientes, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	37
Tabela 2	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a origem por Divisão Regional de Saúde, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	38
Tabela 3	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo o gênero, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	38
Tabela 4	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a idade, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	39
Tabela 5	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo o estado civil, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	39
Tabela 6	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a escolaridade, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	40
Tabela 7	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo as condições de trabalho, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	40
Tabela 8	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a renda familiar, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	41
Tabela 9	Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo o local onde foi capacitado para o procedimento CUIL, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	41
Tabela 10	Distribuição da frequência do CUIL, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	42
Tabela 11	Distribuição do tempo de início de tratamento pelo uso do CUIL, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	42
Tabela 12	Matriz rodada de correlação dos itens nos fatores rotacionados por Varimax com normalização de Keiser para um único fator (N= 241), Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	44
Tabela 13	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de <i>Cronbach</i> da EACUIL na sua globalidade (N=241), Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	45

Tabela 14	Estatísticas descritivas de cada dimensão da escala. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	46
Tabela 15	Estatísticas descritivas de cada dimensão da escala referente a amostra cuidador, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	47
Tabela 16	Estatísticas descritivas de cada dimensão da escala referente a amostra paciente, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
BN	Bexiga Neurogênica
CER	Centro de Reabilitação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CUIL	Cateterismo Urinário Intermitente Limpo
DRS	Divisão Regional de Saúde
EACUIL	Escala de Autoconfiança para Cateterismo Urinário Intermitente Limpo
IU	Incontinência Urinária
PVC	Cateter de Polivinil
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Trauma Crânio-Encefálico
TRM	Trauma Raquimedular

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução.....	17
2. Objetivo	24
2.1. Objetivo Geral	25
3. Referencial Teórico.....	26
3.1 Autoconfiança.....	27
3.2 Cateterismo Urinário Intermitente.....	28
4. Material e Método.....	32
4.1 Local e População do Estudo.....	33
4.2 Aspectos Éticos.....	33
4.3 Instrumento de Coleta de Dados.....	34
4.4 Questionário de Caracterização dos Sujeitos.....	34
4.5 Escala de Autoconfiança para Realização do Cateterismo Urinário Intermitente Limpo (EACUIL).....	34
4.6 Coleta de Dados.....	35
4.7 Análise dos Dados.....	35
5. Resultados.....	36
5.1. Escala de Autoconfiança para Realização do Cateterismo Urinário Intermitente Limpo (EACUIL).....	43
6. Discussão.....	49
6.1 A amostra.....	50
6.2 A EACUIL.....	58
7. Conclusão.....	61
Referências.....	63
Apêndices.....	71

Anexos.....	76
-------------	----

1. Introdução e Justificativa

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60,0% do ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento desse fenômeno é tão vertiginoso que no ano 2020, 80,0% da carga de doenças dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20,0%, levando a estatísticas negativas na área da saúde e a encargos elevados para a sociedade, para o governo e também aos familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem (OMS, 2003).

Os encargos de saúde tornam-se excessivos quando as condições crônicas são mal gerenciadas. Todavia, o impacto dos problemas crônicos de saúde vai muito além dos gastos normais relacionados ao tratamento médico. Sob uma perspectiva econômica, todos são afetados por esse processo: pacientes e famílias arcam com os custos econômicos, como despesas relacionadas aos serviços médicos, redução da atividade laboral e perda do emprego. Além disso, aos pacientes e as famílias incorrem em ônus, tais como incapacidade em consequência da doença, redução do tempo e da qualidade de vida, que tornam irrealizáveis cálculos financeiros precisos. Organizações de assistência à saúde cobrem a maior parte das obrigações referentes ao atendimento médico, além de cobrir diversas despesas embutidas no custo do tratamento. Governos, empregadores e sociedades padecem em virtude da perda de mão-de-obra devido a óbitos, incapacidade e morbidade relacionada às condições crônicas. Além disso, as condições crônicas resultam em grandes perdas em produtividade (OMS, 2003).

Dentre as diversas patologias que acarretam as condições crônicas de saúde estão aquelas que afetam o trato urinário inferior.

O trato urinário inferior consiste na bexiga, aparelho esfinteriano e uretra. Essas estruturas atuam de forma coordenada e possuem como função o armazenamento de urina e seu rápido e completo esvaziamento durante a micção. A bexiga é um órgão muscular oco, revestido internamente por um epitélio transicional denominado urotélio. Nos planos mais profundos do órgão localiza-se a lâmina própria, ricamente vascularizada de fibras elásticas e a camada muscular própria da bexiga (músculo detrusor) formada por feixes de fibras musculares lisas, dispostas

em uma orientação variável que se ramificam e reúnem-se livremente. A bexiga funciona como reservatório para armazenamento e eliminação periódica da urina. A eliminação de resíduos pela urina é função básica do corpo humano. Para seu perfeito desempenho todos os órgãos do sistema urinário devem estar intactos e em perfeito funcionamento (GUYTON; HALL, 2011; REIS; ZEQUI; ZERATTI FILHO, 2013).

A coordenação das atividades da bexiga urinária e do esfíncter uretral compreende uma complexa interação entre o sistema nervoso central e periférico e seus neurotransmissores, que podem quando necessário, inibir a urgência de urinar ou permitir a micção. Para que ocorra a micção urinária adequada, é necessário a contração da bexiga urinária e o relaxamento coordenado do esfíncter uretral e dos músculos do assoalho pélvico. À medida que o volume urinário aumenta, as paredes da bexiga se distendem, enviando impulsos sensoriais para o centro da micção na medula espinhal sacral, que respondem ou ignoram este estímulo, mantendo a micção sob controle voluntário (POTTER et al., 2013; REIS; ZEQUI; ZERATTI FILHO, 2013). Poderíamos dizer que o controle neurológico da micção dá-se por meio de três alças: a primeira denominada alça I, entre o córtex e a ponte, inibitória na maior parte do tempo, que garante o relaxamento vesical durante o armazenamento de urina e o controle voluntário da micção; a segunda, denominada alça II, entre a ponte e o centro sacral da micção é responsável pelo sinergismo vesico esfinteriano; e a terceira ou alça III, entre a medula e a bexiga, responsável pelo ato reflexo da micção. Em condições normais a micção ocorre quando existe a inibição dos centros corticais sobre o centro pontino (REIS; ZEQUI; ZERATTI FILHO, 2013).

Algumas patologias de origem neurológica afetam a capacidade de micção urinária, comprometendo a eliminação e o armazenamento da urina, ou o esvaziamento completo da bexiga, desencadeando o que denominamos de bexiga neurogênica (BN). Geralmente, resultam de distúrbios neurológicos na função prejudicada da bexiga urinária, obstrução à eliminação urinária, ou até mesmo da incapacidade de controlar voluntariamente a micção (GUYTON; HALL, 2011; MAGALHÃES; CHIOCHETTA, 2002; REIS; ZEQUI; ZERATTI FILHO, 2013).

Qualquer lesão nervosa que afete a condução de estímulos sensitivos ou motores causará modificação no funcionamento vesical, todavia as lesões medulares são as causas mais frequentes que originam a bexiga neurogênica

(FARO, 1995). No traumatismo raquimedular (TRM) a bexiga neurogênica ocorre pela interrupção parcial ou total da comunicação entre o centro sacral da micção e os centros pontínos e encefálicos, responsáveis pelo sinergismo vesico-esfincteriano e controle voluntário da micção. Nessa população o aumento da pressão vesical, associado ao ineficaz esvaziamento da bexiga, predispõe a dilatação do trato urinário superior e às infecções do trato urinário. A preservação da função renal é o principal objetivo do tratamento urológico e o objetivo secundário, o controle da continência urinária, que permite melhor readaptação social do paciente (REIS; ZEQUI; ZERATTI FILHO, 2013).

Embora os traumas raquimedulares estejam entre as principais causas de origem da bexiga neurogênica, o problema pode ainda acometer pacientes com diabetes mellitus, esclerose múltipla, hiperplasia prostática entre outros diversos e diferentes mecanismos patológicos que levam a perda do tônus vesical, sensação reduzida da plenitude ou incapacidade de inibir as contrações da bexiga, à retenção urinária e à incontinência urinária (POTTER et al., 2013).

A BN pode ser classificada como hipoativa ou hiperativa. No caso de hipoatividade, caracteriza-se pela incapacidade da bexiga em esvaziar-se adequadamente, resultando no acúmulo de urina, ou seja, em retenção urinária. Normalmente, a bexiga retém cerca de 600 ml de urina, e a vontade de urinar pode surgir quando o volume interno atinge cerca de 150 a 200 ml em adultos e de 50 a 100 ml em crianças. A bexiga hipoativa é incapaz de responder ao reflexo de micção, distendendo suas paredes e causando sensação de pressão, desconforto e sensibilidade na região da sínfise púbica (GUYTON; HALL, 2011; POTTER et al., 2013).

Já na BN hiperativa, as micções conduzem a graus de vazamento involuntário temporário ou permanente de urina, caracterizando-se em incontinência urinária (IU), o que pode prejudicar a imagem física do paciente e ocasionar a perda da independência do mesmo. Ocorre perda da inibição periférica e aumento dos reflexos excitatórios da musculatura detrusora, produzindo sintomas da síndrome da bexiga hiperativa (REIS; ZEQUI; ZERATTI FILHO, 2013).

O diagnóstico médico da bexiga neurogênica baseia-se na anamnese, exame clínico, exames laboratoriais e de imagem, avaliação por exame urodinâmico, e pelo comportamento clínico do paciente (MAGALHÃES; CHIOCHETTA, 2002; GUYTON; HALL, 2011). Seu prognóstico está relacionado com a precocidade do diagnóstico e

com o adequado tratamento. O tratamento tem como objetivo preservar o trato urinário superior, através da prevenção de infecções urinárias e de outras complicações. No entanto, na reabilitação do paciente com BN é de fundamental importância focar ações de reintegração social pela adaptação às mudanças na micção, objetivando sempre a melhora da qualidade de vida (MAGALHÃES; CHIOCHETTA, 2002; REIS; TRINDADE FILHO; SIMÕES, 2012).

Entre as principais alternativas utilizadas no processo de reabilitação desses pacientes, merece destaque o cateterismo urinário intermitente. O cateterismo urinário intermitente é um procedimento utilizado desde 1947, todavia foi somente em 1966 que passou a ser utilizado para o esvaziamento vesical de pacientes com lesão medular traumática e em 1972 obteve o seu grande avanço. Nessa época, a técnica passou a ser realizada de forma limpa e não estéril em pacientes com disfunção neuro-vesical que apresentavam infecção urinária de repetição, ocasionada por volumes residuais elevados (LAPIDES et al., 1972).

Os principais objetivos do processo de reabilitação estão centrados no aumento da independência e na melhora na qualidade de vida do paciente e devem envolver todo o sistema de saúde para que a pessoa, cuja capacidade foi diminuída, seja plenamente reintegrada na sociedade (VALL; LEMOS; JANEIRO, 2005).

O tratamento realizado através do cateterismo urinário intermitente é prolongado e muitas vezes, ininterrupto, devendo ser feito várias vezes ao dia. Acarretam custos as atividades da vida diária e ao cotidiano do paciente e da família. Nesse sentido, é comum perceber dificuldades em relação à obtenção dos recursos materiais, do apoio familiar, o que entre muitas outras, leva ao desânimo e ao abandono das atividades programadas para o restabelecimento da saúde e/ou autonomia do paciente (MAZZO et al., 2014a).

Nesse contexto, é de extrema importância ao enfermeiro da reabilitação, o uso de estratégias que levem ao desenvolvimento e a adesão do paciente e da família ao tratamento, como o desenvolvimento de autoconfiança para a realização do procedimento. Sentimentos relacionados à capacidade de segurança na execução dos procedimentos parece ser motivo de estímulo a realização de um melhor cuidado (BANDURA, 1993; 1995).

Enquanto enfermeira do Centro de Reabilitação de um Hospital Universitário tenho vivenciado na rotina da nossa prática diária de trabalho, o atendimento de pacientes com BN usuários do cateterismo urinário intermitente. Nesse contexto,

fatores relacionados a não adesão do tratamento por parte do paciente e da família, a falta de recursos materiais, a dificuldade de acesso ao tratamento, a falta de informação, a incapacidade na realização do procedimento por parte do paciente e da família, às vezes verbalizada como “pouco treinamento”, tornaram-se entre muitos outros, fatores motivadores para a realização desse estudo. Associado a isso, o contato com questões acadêmicas e a implantação multiprofissional de um ambulatório de cateterismo urinário, foram questões decisivas para a motivação dessa pesquisa. Diante disso, buscou-se identificar instrumentos que pudessem mensurar o trabalho que vem sendo realizado junto a comunidade. Uma vez que tais ferramentas não foram encontradas, optou-se pela construção de uma.

A autoconfiança é fator que indica a auto eficácia do procedimento. O êxito da adaptação e da funcionalidade à técnica do cateterismo urinário acarreta ao paciente melhora da autoestima, o retorno a rotina diária miccional e também as atividades cotidianas (MANGNALL, 2013).

1. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Validar instrumento de medida para a realização do cateterismo urinário intermitente entre pacientes e cuidadores.

3.1. Autoconfiança

Alguns autores utilizam o termo autoconfiança ao invés de autoeficácia, porque é mais familiar para a maioria dos educadores. A autoconfiança pode ser relacionada com a teoria da autoeficácia. A autoeficácia atua como indicador da ação futura, sendo uma autoavaliação, crenças e julgamentos que cada um faz acerca de suas capacidades (BANDURA, 1993; 1995).

Na enfermagem, demonstrar confiança implica em atingir as expectativas dos pacientes, familiares e demais profissionais da saúde. Para o enfermeiro, ser confiável ao paciente, não é apenas importante desenvolver habilidades, mas compreender o efeito do comportamento dos seus atos. Enfermeiros confiáveis contribuem para um clima de confiança na equipe (SELLMAN, 2006).

A autoconfiança, também descrita como autoeficácia, é sempre relativa a um comportamento ou tarefa. A confiança é uma atitude frequentemente relacionada com experiências repetidas e com a percepção realista das fraquezas e potencialidades individuais (BANDURA, 1993).

A autoconfiança é um componente essencial e ético da assistência de enfermagem. Um enfermeiro digno de confiança requer atenção ao desenvolvimento de compreensão dos domínios cognitivos e emocionais da prática e necessita aceitação de cultivar disposições consistentes com os objetivos gerais da enfermagem (SELLMAN, 2006). As interligações entre os construtos de confiança, motivação e sucesso são melhores descritos no arcabouço teórico da Teoria Cognitiva de Bandura, que descreve que a maneira mais eficaz de desenvolver autoconfiança é através do domínio de experiências percebidas de sucesso (BANDURA, 1993; 1995).

Bandura (1993) define a autoeficácia referindo-se aos julgamentos que os indivíduos fazem de suas próprias capacidades para organizarem e executarem os planos de ações exigidos para atingirem determinados tipos de rendimento ou comportamento. Num olhar mais simplificado, a autoeficácia consiste no grau de convicção que uma pessoa tem de que pode executar com êxito um determinado tipo de comportamento necessário para se alcançar um resultado. São as crenças e os próprios pensamentos que o indivíduo possui de suas próprias capacidades para realizar uma ou um conjunto de tarefas (BANDURA, 1993).

De acordo com a teoria, a autoeficácia é reforçada por quatro fatores principais: sucesso performances (competência), a experiência vivenciada, persuasão verbal (incluindo elogio e incentivo) e excitação (BANDURA, 1986).

Autoconfiança pode ser descrita como a sensação de bem-estar como resultado do aprofundamento de emoções positivas. É definida como o reconhecimento de um indivíduo de suas próprias habilidades, o amor de si mesmo e estar ciente de suas próprias emoções (KUKULU et al., 2013).

Para que ocorra, necessita de sabedoria, sucesso, suporte e preparo para que possa ser atingida e mantida. A persistência, os pensamentos positivos também são necessários, em relação aos acontecimentos. É um atributo que pode ser favorecido ou preenchido por muitos outros fatores (WHITE, 2009).

A autoconfiança é caracterizada como uma alta expectativa de sucesso, podendo despertar emoções positivas e combater alguns sentimentos como medo e vergonha (MACHADO, 2005). Pode ainda ser descrita como uma 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 pessoas ao redor, com a coragem e com a bravura (CARSON et al., 2001).

Os indivíduos autoconfiantes sempre têm objetivos explícitos, no entanto, a autoconfiança não faz com que uma pessoa seja feliz em condições de desafio (SAR; AVCU; ISIKLAR, 2010).

Autoconfiança é a crença da pessoa em ter sucesso, crer em si mesma, nos seus poderes e habilidades para tarefas específicas, mostrando ou não tais características, através de um amplo número de atividades (PERRY, 2011).

Pacientes em processo de reabilitação que desenvolvem autoconfiança terão maiores chances de sucesso durante o seu tratamento. Na atualidade existem instrumentos que mensuram a autoconfiança do enfermeiro, como a Escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem ao paciente em Retenção Urinária (MAZZO et al., 2013).

3.2. Cateterismo Urinário Intermitente

A cateterização urinária é amplamente utilizada na clínica da enfermagem que pode ser definida como a inserção de um cateter na bexiga através da uretra. Está relacionada a processos diagnósticos e tratamentos patológicos, ou ainda com o

alívio da retenção e incontinência urinária para a preservação da função renal (MAZZO et al., 2011; MAZZO et al., 2012; MAZZO et al., 2014a).

Pode ser utilizado de forma transitória (alívio ou intermitente) ou permanecer por um período de tempo no paciente (demora). O cateterismo urinário de demora geralmente é realizado com técnica estéril e está associado a altos índices de Infecção do Trato Urinário, ocasionadas principalmente pelo tempo de permanência do cateter (MAZZO et al., 2014a; MAZZO et al., 2014b; NARDOZZA JÚNIOR; ZERATI FILHO; REIS, 2010). Quando o cateter é utilizado como de alívio e intermitente, normalmente relaciona-se ao esvaziamento pontual da bexiga. No cateterismo urinário intermitente, foco desse estudo, o método permite o esvaziamento periódico da bexiga, em intervalos de rotina, através da introdução de um cateter na uretra (MAZZO et al., 2011).

O cateterismo urinário intermitente é considerado como o procedimento adequado para ser desenvolvido por pacientes com condições físicas e mentais resguardadas, ou seus respectivos cuidadores, que estejam competentes e dispostos a realizá-lo. É um importante método de tratamento das disfunções urinárias, principalmente as que se relacionam a BN e o abandono dessa técnica de tratamento normalmente está associado a razões, como a incontinência entre os cateterismos, disreflexia autonômica, obesidade, barreiras arquitetônicas e dificuldades de autocuidado (CAMERON et. al., 2010).

A prevalência do uso do cateterismo urinário intermitente limpo ao redor do mundo ainda não é conhecida. Recentes estudos revelaram prevalência de 56,0% nos Estados Unidos e de 55,0% no Canadá. Todavia, observa-se que ao longo dos últimos anos o tratamento vem se tornando cada vez mais utilizado (MOROOKA, FARO, 2002; MARTINS, SOLER, 2008; ICS, 2009; WILDE; BRASCH; ZHANG, 2011; MAZZO et. al., 2014a).

A cateterização urinária intermitente tem por objetivo o adequado esvaziamento vesical quando não é possível realizá-lo de forma apropriada devido a distúrbios na contratilidade detrusora ou fatores infravesicais. Não há na literatura consenso sobre a quantidade aproximada do resíduo pós miccional, que deve desencadear a cateterização, em geral, utiliza-se esse método para volumes residuais acima de 100 ml (JORGE, 2013). Uma vez que a partir desse volume verificou-se maior incidência de infecções do trato urinário (ITU) (REIS; TRINDADE FILHO; SIMÕES, 2012).

A técnica do cateterismo urinário intermitente envolve, além da habilidade manual, o conhecimento dos tipos e calibres de cateteres e de lubrificantes. Os cateteres utilizados são constituídos de diversos tipos de materiais, como borracha, látex, cateter de polivinil (PVC), silicone, teflon revestidos de borracha e metal, em alguns serviços foram ainda encontrados cateteres urinários de vidro. Todavia entre eles, os mais utilizados por questões de custo e acesso ao recurso têm sido os cateteres de PVC (MAZZO et al., 2014a).

Para que possam ser utilizados de forma adequada e não traumatizarem a uretra, os cateteres necessitam de lubrificantes, geralmente constituídos por géis e substâncias aquosas que podem ou não vir acompanhados de anestésicos. A maior parte deles é aplicado no cateter ou instilado diretamente na uretra dos pacientes. Estudos comprovam que cateteres lubrificados levam ao menor trauma de uretra e a diminuição dos níveis de complicação do uso do cateterismo (CDC, 2009; TZORTZIS et al., 2009).

Atualmente, existem diversos cateteres urinários disponíveis no mercado sendo que, os previamente lubrificados são os mais citados pela literatura como os mais adequados para o uso intermitente, uma vez que minimizam o trauma e a sensibilidade do procedimento (MANGNALL, 2013).

Durante o cateterismo o cateter deve ser introduzido até a urina fluir e ser retirado depois da parada completa do fluxo urinário. A alta osmolaridade dos cateteres hidrofílicos são importantes na minimização do risco de trauma uretral, especialmente quando a cateterização é realizada várias vezes ao dia (GIANNANTONI et al., 2001). A prevenção da ocorrência de traumas requer ainda tamanho adequado do cateter, lubrificação suficiente e cuidadosa introdução do instrumento através da uretra, esfíncter uretral e colo vesical. Os cateteres devem ser indicados de acordo ainda com a variação das características de conformação e tamanho relacionadas ao gênero do paciente (GENG et al., 2006; MAZZO et al., 2014a).

A autocateterização pode ser feita em posições diversas, sendo as mais comuns a posição supina, sentada ou em pé. No homem a posição do pênis deve fazer ângulo reto com o púbis, pois facilita a introdução do cateter e atenua a curvatura do peno escrotal, evitando trauma uretral (MOROOKA; FARO, 2002). Na mulher a anatomia e o comprimento da uretra facilitam a introdução retilínea do cateter. Todavia, na literatura existem relatos de traumas na uretra feminina, o que

indica também nesse gênero o uso de substâncias lubrificantes (DEVINE, 2003; KASHEFI et al., 2008; LEUCK et al., 2012).

A frequência de cateterização depende de fatores relacionados com o volume da bexiga, volume residual de urina, perdas e com alguns parâmetros urodinâmicos, como complacência vesical e pressão do detrusor (O'LEARY; DIERICH, 2010). Geralmente, recomenda-se a cateterização de 4 a 6 vezes ao dia.

A frequência do cateterismo é considerada, por alguns autores, como um fator mais importante na prevenção das infecções de trato urinário do que a esterilidade do material. Intervalos longos entre as cateterizações podem causar hiperdistensão vesical, levando a isquemia do detrusor, o que em algumas situações pode resultar em cistite, pielonefrite e sepse (COSTA et al., 2012). Geralmente o intervalo entre os cateterismos é indicado após o estudo urodinâmico. O volume residual de urina drenado após os cateterismos determinará a frequência dos procedimentos, geralmente a intervenção é realizada de 4 a 5 vezes ao dia, ou mais, quando esse valor fica em torno de 500 ml, de 3 a 4 vezes ao dia, quando o volume está em torno de 300 a 500 ml, 2 a 3 vezes ao dia, quando o volume permanecer entre 150 a 300 ml e 1 a 2 vezes ao dia, quando menos que 150 ml (NAZARKO, 2012).

Descrito há mais de três décadas o cateterismo urinário intermitente técnica limpa tem sido amplamente difundido na prática urológica e em pesquisas realizadas no Brasil, sobretudo por enfermeiros da área de reabilitação e urologia. No entanto, pode-se afirmar que se trata de um procedimento ainda pouco mencionado no conteúdo programático dos cursos de graduação em Enfermagem (ASSIS; FARO, 2011; FARO, 2006; LELIS, 2003).

Uma vez que passa a maior parte do tempo com o paciente e estabelece um vínculo efetivo de relação, o enfermeiro é o profissional adequado para capacitar o paciente e o cuidador, desde a lavagem das mãos, higiene do períneo até a manipulação do material, introdução do cateter, drenagem, mensuração da urina e gerenciamento de recursos.

Recentemente, o Conselho Federal de Enfermagem reconheceu a importância do cateterismo vesical em nível de complexidade de procedimento e normatizou o procedimento de sondagem vesical no âmbito do Sistema COFEN/ Conselhos Regionais de Enfermagem para atuação da equipe e considerou-se que a execução do procedimento de Sondagem Vesical é privativa do Enfermeiro, uma vez que, a sondagem vesical é um procedimento invasivo, que envolve riscos ao

paciente e que está sujeito a infecções do trato urinário e/ou a trauma uretral ou vesical. Requer cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Segundo o órgão, o procedimento de Sondagem Vesical deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução COFEn nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente, do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

3. MATERIAL E MÉTODO

Estudo metodológico de construção e validação de instrumento realizado no Centro de Reabilitação de um Hospital Universitário com pacientes usuários do cateterismo urinário intermitente e cuidadores.

4.1. Local e População do Estudo

Este estudo foi desenvolvido no Centro de Reabilitação de um Hospital Universitário localizado no interior do estado de São Paulo. Este hospital engloba o atendimento de cerca de três milhões de habitantes, oriundos da cidade local e das diversas cidades próximas ao serviço e o Centro de Reabilitação realiza o atendimento de cerca de 8000 pacientes/mês.

Criado em 2007, o local do estudo alcançou recentemente o número de 400 atendimentos por dia e cerca de 120.000 atendimentos por ano. Conta com equipes multiprofissionais em diversas áreas específicas de reabilitação e oferece serviços de tecnologia. Está vinculado à Rede de Reabilitação Lucy Montoro, coordenada pela Secretaria de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Estado de São Paulo. Recentemente foi habilitado como Centro de Reabilitação de Alta Complexidade pelo Ministério da Saúde, responsável pela Atenção Especializada em Reabilitação Física, Visual e Múltiplas Deficiências (HCFMRP-CER, 2011).

A população do estudo foi constituída pelos pacientes com diagnóstico de bexiga neurogênica, usuários do cateterismo urinário intermitente, inseridos no programa de reabilitação e de seus cuidadores.

Para o estudo, estimou-se número mínimo de participantes de 170, cumprindo a meta de 10 participantes por cada item da escala. A amostra foi constituída por 241 (122 pacientes e 119 cuidadores).

4.2. Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Parecer 146/2012 (Anexo 1), mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Reabilitação. Conforme previsto na Resolução CNS 466/2012, os pacientes e cuidadores foram convidados a participar do estudo e formalizaram o aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Foi mantido o anonimato e

a liberdade de interrupção da participação dos sujeitos em qualquer etapa de realização do estudo.

4.3. Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta de dados deste estudo foram constituídos de:

4.4. Questionário de Caracterização dos Sujeitos (Apêndice 2)

Para caracterização dos sujeitos foi utilizado questionário que aborda aspectos sócio-econômicos e dados gerais relacionados aos aspectos clínicos do cateterismo urinário intermitente (data de início, frequência, local de treino e auxílios).

4.5. Escala de Autoconfiança para Realização do Cateterismo Urinário Intermitente Limpo (EACUIL)

Optou-se pela criação de um instrumento de coleta de dados. “O questionário é a forma mais usada para a coleta de dados, pois possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja.” “... O questionário contém um conjunto de questões, todas logicamente relacionadas com um problema central.” (CERVO; BERVIAN, 2002, p.48).

Com base na literatura vigente sobre o assunto (CDC, 2009; GENG et al., 2013; MAZZO et al., 2012; 2013; 2014a), para averiguar a autoconfiança na realização do cateterismo urinário intermitente, de pacientes e cuidadores, foi construído um questionário tipo *Likert* de 16 itens e cinco pontos por item, que vão de: “nada confiante” =1; “pouco confiante” =2; “confiante” =3; “muito confiante” =4 até “completamente confiante” =5.

O questionário foi validado em aparência e conteúdo em duas etapas. Na primeira etapa por um grupo de especialistas composto por enfermeiros e médicos da área de urologia do Centro de Reabilitação onde o estudo foi desenvolvido e na segunda etapa por um grupo de pacientes e cuidadores que fazem uso do cateterismo urinário. Foi considerado e obtido nível de concordância entre os especialistas de 100,0% (GRANT; DAVIS, 1997). Os resultados encontrados na

primeira fase de construção do instrumento encontram-se divulgados por Carpi et al. (2015) e Fumincelli et al. (2015).

4.6. Coleta de Dados

Após autorização ética e formalização do aceite, a coleta de dados para validação do instrumento foi realizada pelo próprio pesquisador durante consulta de enfermagem agendada na rotina do programa de reabilitação.

Todos os pacientes e os cuidadores foram convidados a participar do estudo e formalizaram o aceite através do TCLE (Apêndice 1). Na sequência os pacientes e os cuidadores foram entrevistados e responderam ao instrumento de Caracterização dos sujeitos (Apêndice 2) e a Escala de Autoconfiança para realização do Cateterismo Urinário Intermitente Limpo (EACUIL) (Apêndice 3).

4.7. Análise dos Dados

Os dados da pesquisa foram codificados e digitados duplamente em planilhas do aplicativo Excel e após exportados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 22.0. S.

Para determinar a validade e a confiabilidade do construto, foi utilizada estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão (média, moda, mediana, percentis, variância, desvio padrão), caracterizando e verificando a adequação amostral (PESTANA; GAGEIRO, 2005) e a inferência estatística (análise fatorial e estimativa da consistência interna). Para a avaliação dos resultados obtidos, foi assumido o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

A discussão dos resultados da pesquisa foi realizada com fundamentação na revisão da literatura, pertinente aos objetivos propostos.

Durante o período de coleta de dados foram entrevistados 241 sujeitos, entre os quais 122 (50,6%) pacientes e 119 cuidadores (49,4%). A maior parte dos cuidadores entrevistados apresentava parentesco com o paciente. A descrição dos cuidadores está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos cuidadores segundo o parentesco com o pacientes. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Cuidador	n	%
Mãe	61	51,2
Pai	04	3,3
Irmão	04	3,3
Esposa	15	12,6
Cuidador remunerado	04	3,3
Outro	7	5,9
Não informou	24	20,2
Total	119	100,0

Com relação ao local de origem os dados foram agrupados de acordo com a divisão proposta pelo Governo do Estado de São Paulo em Divisões Regionais de Saúde (DRS). O local onde o estudo foi realizado comporta cinco DRSs, à saber: DRS III Araraquara, DRS V Barretos, DRS VIII Franca, DRS XIII Ribeirão Preto e DRS XIV São João da Boa Vista. As cinco DRSs comportam 110 cidades. Todavia no estudo, foram entrevistados pacientes pertencentes a outras DRSs do Estado e também a outros Estados brasileiros. A Tabela 2 demonstra o local de origem dos pacientes.

Tabela 2. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a origem por Divisão Regional de Saúde. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

DRS	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
III – Araraquara	13	10,6	9	7,6
V – Barretos	9	7,3	4	3,4
VIII – Franca	10	8,2	17	14,2
XIII - Ribeirão Preto	74	60,6	79	66,3
XIV - São João da Boa Vista	2	1,6	3	2,5
Outras DRSs de São Paulo	4	3,3	1	0,8
Minas Gerais	8	6,6	6	5,0
Mato Grosso	1	0,8	0	0
Alagoas	1	0,8	0	0
Total	122	100	119	100

A maior parte dos pacientes foi constituída do sexo masculino e dos cuidadores pelo sexo feminino. Com relação à idade, a maioria dos pacientes tinha entre 11 e 20 anos e dos cuidadores entre 31 e 40 anos. A distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo o gênero e a idade dos pacientes e dos cuidadores estão descritas nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo o gênero. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Gênero	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
Masculino	78	64,0	34	28,6
Feminino	44	36,0	85	71,4
Total	122	100,0	119	100,0

Tabela 4. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a idade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Idade (anos)	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
≤ 0 a 10 anos	2	1,6	0	0
≤ 11 a 20 anos	30	24,6	7	5,9
≤ 21 a 30 anos	24	19,7	18	15,1
≤ 31 a 40 anos	27	22,1	44	37,0
≤ 41 a 50 anos	14	11,5	21	17,7
≤ 51 a 60 anos	20	16,4	16	13,4
≤ 61 a 70 anos	4	3,2	9	7,6
≤ 71 a 77 anos	1	0,8	4	3,3
Total	122	100,0	119	100,0

No que diz respeito ao estado civil a maior parte dos pacientes era de solteiros e dos cuidadores casados. Os dados relacionados ao estado civil estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo o estado civil. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Estado civil	Paciente		Cuidador	
	N	%	n	%
Solteiro	72	59,0	30	25,2
Casado	34	27,9	67	56,3
Divorciado	11	9,0	9	7,6
Viúvo	2	1,6	2	1,7
Outro (União estável)	3	2,4	11	9,2
Total	122	100,0	119	100,0

Com relação à escolaridade dos pacientes e cuidadores, a maior parte dos pacientes e dos cuidadores informou curso secundário completo. Os dados relacionados à escolaridade estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a escolaridade. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Escolaridade	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
Primário completo	12	9,8	12	10,0
Primário incompleto	26	22,3	19	16,0
Secundário completo	34	27,9	46	38,6
Secundário incompleto	20	16,4	21	17,6
Superior completo	12	9,9	11	9,2
Superior incompleto	13	10,7	9	7,6
Analfabeto	5	4,1	1	0,8
Total	122	100,0	119	100,0

Com relação às condições sócio- econômicas e de trabalho, entre os pacientes a maioria possui rendimento devido ao benefício governamental de Auxílio Doença e entre os cuidadores a maior parte encontra-se desempregado. Com relação ao rendimento doméstico, pacientes e cuidadores informaram que a renda da família constitui-se entre 2 a 3 salários mínimos do Brasil (Salário mínimo vigente no Brasil em 13/03/2015 = R\$ 788,00). Os dados referentes às condições de emprego e renda estão apresentados nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo as condições de trabalho. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Condições emprego	Paciente		Cuidador	
	N	%	n	%
Empregado	22	18,0	22	18,4
Desempregado	21	17,2	44	37,0
Auxílio Doença	44	36,0	26	21,8
Aposentado	34	27,9	21	17,7
Emprego informal	1	0,8	6	5,0
Total	122	100,0	119	100,0

Tabela 8. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo a renda familiar. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Renda Familiar	Paciente		Cuidador	
	N	%	n	%
≤1salário mínimo*	43	35,2	29	24,3
2 a<3	53	44,4	59	49,6
3 a<5	18	14,7	20	16,8
5 a 10	8	6,5	11	9,2
Total	122	100,0	119	100,0

* Salário mínimo do Brasil em 13/03/2015 = R\$ 788,00

No que diz respeito ao procedimento de cateterismo urinário, quase a totalidade dos pacientes e cuidadores foram capacitados no hospital onde o diagnóstico primário da bexiga neurogênica foi realizado, nos últimos cinco anos. A maior parte relata que realiza o procedimento 4x/ao dia. Os dados relacionados ao local onde o treinamento foi realizado, a frequência do procedimento e o tempo de uso do cateterismo estão demonstrados nas Tabelas 9, 10 e 11.

Tabela 9. Distribuição do número de pacientes e cuidadores segundo o local onde foi capacitado para o procedimento de cateterismo urinário intermitente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Local	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
Saúde da família	11	9,0	8	6,7
Hospital	106	86,9	106	89,0
Unidade Básica de Saúde	3	2,4	4	3,4
Convênio	2	1,6	1	0,8
Total	122	100,0	119	100,0

Tabela 10. Distribuição da frequência do cateterismo urinário intermitente limpo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Frequência do cateterismo	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
1x ao dia	5	4,1	2	1,7
2x ao dia	8	6,5	8	6,7
3x ao dia	14	11,5	21	17,6
4x ao dia	46	37,7	61	51,3
5x ao dia	22	18,0	14	11,8
6x ao dia	17	14,0	10	8,4
7 a 10x ao dia	8	6,5	3	2,5
Mais que 10x	2	1,6	0	0
Total	122	100,0	119	100,0

Tabela 11. Distribuição do tempo de início de tratamento pelo uso do cateterismo urinário intermitente limpo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Utilização do cateterismo	Paciente		Cuidador	
	n	%	n	%
≤ 1 ano	24	19,7	33	27,7
≥1ano a ≤ 5 anos	41	33,6	59	49,6
≥ 5 anos a ≤ 10 anos	38	31,1	17	14,3
≥11 anos a ≤ 15 anos	15	12,3	3	2,5
≥16 anos a ≤ 20 anos	3	2,4	2	1,7
≥ 21 anos a ≤ 25 anos	1	0,8	2	1,7
≥ 26 anos a ≤ 30 anos	0	0	1	0,8
≥ 31 anos a ≤ 35 anos	0	0	2	1,7
Total	122	100,0	119	100,0

5.1. Escala de Autoconfiança para realização do Cateterismo Urinário Intermitente Limpo (EACUIL)

A escala apresentou boa adequabilidade da base de dados, com uma proporção de 15:1, no que diz respeito ao número de casos e a sua relação com a quantidade de variáveis.

Observou-se pela matriz de correlações, boa associação linear entre as variáveis (100,0% das correlações superiores a 0,30).

O teste da adequação amostral de *Keiser Meyer Olkin* apresentou boa adequação da amostra para análise (PESTANA; CAGEIRO, 2005), com um valor de 0,931. Através do teste de esfericidade de Bartlett foram obtidos valores estatisticamente significantes com $X^2 = 2881,63$ com $p < 0,001$, o que indicou a existência de relação entre as variáveis que se espera incluir.

A matriz anti-imagem corrobora com a adequação amostral de cada variável para o uso da análise fatorial, apresentando valores elevados na diagonal de 0,896 (“escolher o que fazer quando sai sangue na urina”) a 0,964 (“como deve ser retirada a sonda”), o que sugere a inclusão de todas as variáveis para a análise fatorial.

Para a obtenção dos fatores da EACUIL, realizou-se uma análise fatorial dos componentes principais entre os 16 itens do instrumento através do método de componentes principais e rotação ortogonal varimax.

Após análise e observação do *ScreePlot*, foi possível identificar a sugestão da manutenção dos itens em um único conjunto. Considerando o construto, o tamanho da amostra, a análise fatorial, a convergência do *ScreePlot* e que a divisão da escala em um fator explicava 56,5% da variância, foi mantido na análise final a escala em apenas um conjunto de fatores.

Conforme demonstra a Tabela 12, realizou-se a verificação da proporção da variância de cada variável, explicadas pelos componentes extraídos (comunalidades) e cargas fatoriais para cada item. Em decorrência do tamanho amostral optou-se por manter os itens com carga fatorial superior a 0,40 (HAIR Jr, 2010).

Tabela 12. Matriz rodada de correlação dos itens nos fatores rotacionados por Varimax com normalização de Keiser para um único fator (N= 241). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens	Fator único 1
Sinto que sou capaz de....	
Realizar o procedimento de cateterismo urinário	0,572
Escolher o melhor horário para realizar o procedimento	0,556
Escolher o material a ser utilizado para realizar o procedimento	0,648
Lavar as mãos	0,719
Realizar a higiene do genital	0,744
Abrir o material	0,723
Escolher utilizar ou não o lubrificante	0,437
Introduzir a sonda	0,624
Verificar o comprimento da sonda a ser introduzida	0,666
Decidir quanto tempo a sonda deve ficar retirando a urina	0,710
Como deve ser retirada a sonda	0,746
Em realizar a medida de urina drenada	0,654
Em escolher o que fazer quando sai sangue na urina	0,624
Em escolher o que fazer quando não sai urina	0,631
Em como deve desprezar a urina	0,609
Em como deve anotar o volume de urina	0,645

Com relação à análise do conjunto de itens que compõem a EACUIL e sua relação com o construto, através do teste de *Alpha de Cronbach* (Tabela 13), testando os itens propostos e sua correlação entre os mesmos, obteve-se uma elevada correlação de todos os itens com o total da escala, o que resultou num elevado valor de *Alpha* (0,944). Pode-se ainda constatar que todos os itens contribuíram para o bom valor de *Alpha*, saindo à escala prejudicada se qualquer um deles for eliminado.

Tabela 13. Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de *Cronbach* da EACUIL na sua globalidade (N=241). Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens	Média	Desv. Padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
1	3,90	1,062	0,675	0,941
2	3,63	1,084	0,684	0,941
3	3,85	1,038	0,738	0,940
4	4,24	,975	0,685	0,941
5	4,18	,982	0,718	0,940
6	4,12	1,018	0,759	0,940
7	3,71	1,258	0,568	0,944
8	3,99	1,074	0,716	0,940
9	3,78	1,095	0,775	0,939
10	3,78	1,152	0,808	0,938
11	3,91	1,033	0,819	0,938
12	3,72	1,145	0,736	0,940
13	2,73	1,431	0,562	0,945
14	3,00	1,386	0,609	0,944
15	3,95	1,069	0,737	0,940
16	3,75	1,233	0,712	0,940

Pela impossibilidade em aplicar a EACUIL em uma amostra inteiramente nova, considerou-se dividir a amostra em duas sub-amostras (amostra A e amostra B), obtidas pelo recurso de randomização de amostras, fornecido pelo SPSS®. Nas sub-amostras analisadas foram replicados os testes realizados na amostra original e encontrados resultados semelhantes no que diz respeito à confiabilidade da escala (*Alpha de Cronbach* sub-amostra A 0,942 e sub-amostra B 0,931), boa correlação e manutenção da escala em apenas um conjunto de fatores.

Foi ainda realizada a divisão da amostra em duas outras subcategorias (amostra PACIENTE e amostra CUIDADOR). Nas sub-amostras PACIENTE E CUIDADOR, foram novamente replicados os testes realizados na amostra original e encontrados resultados equivalentes no que diz respeito à confiabilidade da escala

(*Alpha de Cronbach* sub-amostra PACIENTE 0,947 e sub-amostra CUIDADOR 0,940), boa correlação e sustentação da escala em apenas um conjunto de fatores.

Os resultados descritivos da EACUIL estão apresentados na Tabela 14, 15 e 16.

Tabela 14. Estatísticas descritivas de cada dimensão da escala. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	241	1	5	3,90	1,062
2	241	1	5	3,63	1,084
3	241	1	5	3,85	1,038
4	241	2	5	4,24	0,975
5	241	1	5	4,18	0,982
6	241	1	5	4,12	1,018
7	241	1	5	3,71	1,258
8	241	1	5	3,99	1,074
9	241	1	5	3,78	1,095
10	241	1	5	3,78	1,152
11	241	1	5	3,91	1,033
12	241	1	5	3,72	1,145
13	241	1	5	2,73	1,431
14	241	1	5	3,00	1,386
15	241	1	5	3,95	1,069
16	241	1	5	3,75	1,233
Geral	241	1,63	5	3,76	0,837

Tabela 15. Estatísticas descritivas de cada dimensão da escala referente à amostra cuidador. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
ac1	119	1	5	4,00	1,033
ac2	119	1	5	3,73	1,055
ac3	119	2	5	3,91	,983
ac5	119	2	5	4,38	,892
ac6	119	1	5	4,24	,965
ac7	119	2	5	4,28	,938
ac8	119	1	5	3,79	1,255
ac9	119	1	5	4,04	1,077
ac10	119	1	5	3,82	1,142
ac11	119	1	5	3,89	1,080
ac12	119	1	5	3,98	1,041
ac13	119	1	5	3,87	1,112
ac14	119	1	5	2,82	1,432
ac15	119	1	5	3,13	1,352
ac16	119	1	5	3,97	1,116
ac17	119	1	5	3,82	1,221

Tabela 16. Estatísticas descritivas de cada dimensão da escala referente à amostra paciente. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
ac1	122	1	5	3,81	1,086
ac2	122	1	5	3,54	1,107
ac3	122	1	5	3,80	1,090
ac5	122	2	5	4,11	1,035
ac6	122	2	5	4,11	,997
ac7	122	1	5	3,96	1,071
ac8	122	1	5	3,63	1,261
ac9	122	1	5	3,93	1,074
ac10	122	1	5	3,74	1,051
ac11	122	1	5	3,68	1,215
ac12	122	1	5	3,84	1,023
ac13	122	1	5	3,57	1,164
ac14	122	1	5	2,65	1,431
ac15	122	1	5	2,88	1,412
ac16	122	1	5	3,93	1,026
ac17	122	1	5	3,69	1,247

6.1 A amostra

A bexiga neurogênica acarreta dificuldade nas funções de armazenamento e/ou no esvaziamento vesical, ocasionando incontinência e/ou retenção urinária. Há acúmulo de urina residual, o que pode levar a infecções urinárias de repetição, deterioração do trato urinário superior e perda da função renal (MARTINS, 2004).

O paciente com bexiga neurogênica é acometido nos mais amplos aspectos emocionais e sociais. Interações recorrentes e perda involuntária de urina são comuns e dificultam a socialização, gerando repercussões negativas na autoestima, autoimagem e na relação com que estabelecem com a família e com a comunidade. A realização do CUIL enquanto tratamento para essa população traz benefícios cruciais, tanto, do ponto de vista terapêutico, quanto da qualidade de vida (LOPES et al., 2011), o que torna de extrema significância a execução do presente estudo.

Ao desenvolver a autoconfiança para a realização do procedimento, o paciente o executa com maior eficácia e valoriza o seu tratamento, entronizando a motivação para o seu processo de reabilitação.

A reabilitação é um processo relacionado ao desenvolvimento humano e às capacidades adaptativas nas diferentes fases da vida. Abrange os aspectos funcionais, psíquicos, educacionais, sociais e profissionais (BRASIL, 2008). É dinâmico para a recuperação de habilidades e desenvolvimento de conhecimentos e atitudes, que auxiliam os pacientes a viver com maior grau de independência. Invocam cuidados médicos, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, reabilitação vocacional e suporte social, para questões relacionadas à habitação, recursos de transporte, obtenção de tecnologia assistida e adaptações para o domicílio. Assim, o processo de reabilitação contribui para a melhoria da qualidade de vida, autoestima e independência (FARO, 2006; RABEH, 2007; RIBERTO et al., 2005; SCHOELLER et al., 2012).

Na reabilitação do paciente usuário do CUIL, o enfermeiro tem papel preponderante no preparo do paciente e ou do cuidador, tanto para a capacitação do procedimento, como para o gerenciamento e aquisição de recursos. Na amostra desse estudo, foram entrevistados 241 sujeitos, dentre os quais quase a metade composta por pacientes e a outra metade composta por cuidadores, ambos responsáveis pelo processo de reabilitação da bexiga urinária, através da realização do cateterismo urinário intermitente limpo.

A demanda por reabilitação de pessoas com deficiências e incapacidades adquiridas ao longo da vida, ou presentes no nascimento é expressiva. Neste contexto, são altos os índices de indivíduos acometidos por traumas, ocasionados por violência urbana, como ferimentos por arma de fogo, acidentes automobilísticos, quedas de altura, acidentes domésticos, práticas esportivas, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças crônicas e degenerativas musculoesqueléticas, como artrites, esclerose múltipla ou outras síndromes incapacitantes e progressivas, presentes desde o nascimento ou da primeira infância (FARO, 2006).

São inúmeros os adultos e idosos com hemiplegia oriundos de acidente vascular encefálico (AVE), incapacitado por trauma crânio-encefálico (TCE), amputado por trauma e por diabetes, paraplégico e tetraplégico por trauma raquimedular (TRM) ou ainda por tumores, e acometidos por outras afecções da coluna vertebral; que buscam ser tratados nos vários Centros de Reabilitação (FARO, 2006). Segundo o Censo IBGE (2010), no Brasil, atualmente, 45,6 milhões de pessoas declaram possuir algum tipo de deficiência. A proposta do Ministério da Saúde, através do programa Viver sem Limite, é que propostas discutidas em âmbitos políticos atinjam a vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade (IBGE, 2010).

Quando abordamos o termo reabilitação de pessoas com deficiência, a intencionalidade tanto pode ser direcionada a restauração de funções, quanto vincular-se ao processo de participação social da pessoa com deficiência (PEREIRA, 2009). No processo de reabilitação do paciente com bexiga neurogênica, a utilização do CUIL preserva a função renal, diminuindo quadros de hidronefrose e refluxo vesico-uretral. Minimiza os casos de bacteriúria e infecções urinárias sintomáticas, prevenindo a deterioração renal e lesões dermatológicas associadas à incontinência urinária. Além disso, promove a autonomia no auto cuidado, melhora da continência urinária e, portanto a qualidade de vida, facilitando a reinserção social e expressando de forma clara o que pode ser considerado como processo de reabilitação (COBUSSEN-BOEKHRST et al., 2000, MAZZO et al., 2012; VAHR et al., 2013).

Quando o procedimento não é realizado diretamente pelo paciente (autocateterismo) necessita do auxílio incondicional de um cuidador. Na amostra

desse estudo, conforme demonstra a Tabela 1 e Tabela 3, quase todos os cuidadores possuíam grau de parentesco com o paciente e a maioria era do sexo feminino. Entre eles somente quatro eram profissionais remunerados. Entre os cuidadores da família o grau de parentesco mais encontrado foi de mãe seguido de esposas.

Definições para o cuidador primário ou cuidador informal são encontrados na literatura. O cuidador primário ou informal, é o membro da família que assume a principal responsabilidade pelo cuidado, é a pessoa sem formação na área da saúde, que aprende e exerce cuidados e atenção a outra pessoa (FARO, 1999). O cuidador secundário ou formal é a pessoa contratada pela família, que tem formação compatível com a função e presta cuidados esporádicos (FARO, 1999).

Geralmente o cuidador informal, trata-se de um familiar sem formação específica na área da saúde, que se responsabiliza pelas tarefas do cuidado sem a ajuda de outros componentes da família. No contexto familiar, os indivíduos que assumem com maior frequência o papel de cuidador, são as mulheres, que residem com o indivíduo acometido, normalmente casadas, e que somam ao cuidado outras atividades, o que as deixa sujeitas a produção de demandas de cuidados, que afetam sua dimensão física, mental e social. Devido à falta do apoio familiar e à vida particular, as cuidadoras relatam frequentemente exaustão física e emocional e prejuízo em seu autocuidado, em sua qualificação e inserção profissional, no convívio social e também em seu lazer, tudo isso em função das exigências do cuidar do outro (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Estudo recente (PEREIRA, 2010), identificou que pacientes que dependem de um cuidador para realizar o CUIL, apresentam scores piores nos domínios físico, psicológico e na percepção de qualidade de vida, com diferenças estatisticamente significantes quando comparados aos que realizam o autocateterismo. Por ser um procedimento que acarreta mudanças no cotidiano dos pacientes devido ao impacto da doença e/ou deficiência primária, o CUIL gera uma percepção negativa naqueles que dependem de outro para o procedimento, quando se relaciona ao domínio físico e psicológico, representa ao paciente a falta de autonomia em seu próprio corpo.

Outro estudo sobre o uso do cateterismo urinário intermitente limpo (COSTA et al., 2013) realizado com 15 cuidadores familiares de crianças, provenientes de uma instituição de reabilitação, demonstrou que a frequência do cateterismo era realizada de forma irregular da prescrita pelo médico. Algumas das dificuldades

relatadas pelos cuidadores para justificar tal fato foram: falta de informações, questões emocionais, falta de material, intercorrências clínicas da criança e do cuidador, dúvidas e indisponibilidade de horário. Os pesquisadores perceberam ainda que os cuidadores trouxeram em seus discursos contradições, referindo-se à realização do CUIL como algo "*normal*", "*tranquilo*", ao passo que demonstravam medo, angústia, ansiedade, entre outros sentimentos e sensações que ilustraram dificuldades de ordem emocional na realização do procedimento.

Nessa amostra, conforme indica a Tabela 2, a origem dos pacientes foi dimensionada conforme a Divisão Regional de Saúde (DRS). O hospital onde o estudo foi desenvolvido oferece assistência à saúde de nível terciário, pelo Sistema Único de Saúde, para toda macro região de Ribeirão Preto, chegando inclusive a atender pacientes referenciados de outras regiões e até mesmo, de outros Estados. A área de referência, denominada macro região de Ribeirão Preto, abrange os Departamentos Regionais de Saúde de Araraquara, Barretos, Franca, Ribeirão Preto e São João da Boa Vista, com uma população composta de cerca de 3,3 milhões de habitantes. Em 2011, a procedência dos pacientes atendidos no ambulatório da unidade representou 42,1% do município e 40,3% dos demais municípios da macro região. Os demais eram pacientes procedentes de outras regiões e/ou Estados (HCFMRP-CER, 2011).

Como forma de organizar o fluxo de pacientes entre o hospital e a região, foi desenvolvido internamente um sistema informatizado de gestão da agenda de consultas eletivas, colocado à disposição da Regional de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde da Região de abrangência da instituição, com funcionalidades que permitem ao gestor o conhecimento da demanda e do perfil epidemiológico dos pacientes e com possibilidade de priorizar os encaminhamentos de acordo com os critérios estabelecidos. Este sistema foi pioneiro no Estado de São Paulo, e está em funcionamento desde o ano 2.000, com versões periodicamente atualizadas. (HCFMRP-CER, 2011).

Os pacientes e cuidadores participantes do estudo que poderiam ser direcionados ao serviço onde o estudo foi realizado eram provenientes de cinco DRSs, entre as quais se destacou com a maior quantidade de pacientes e cuidadores entrevistados a denominada DRS XIII. São pertencentes a essa DRS XIII as cidades de Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís

Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho. Todavia foi constatado na amostra que foram atendidos pacientes de outros Estados do país e outras DRSs do Estado de São Paulo. Tal fato pode ter ocorrido por agendamentos de casos antigos, onde o atual sistema de agendamento da DRS ainda não estava implantado, ou ainda pelo fato, do hospital de atendimento ser um hospital universitário, de alta complexidade e referência para muitos pacientes e profissionais no país. Devido ao interesse acadêmico, alguns pacientes são indicados e aceitos, até os dias atuais, diretamente pela equipe médica.

Pacientes e cuidadores de outras DRSs do Estado de São Paulo que não pertencem a área de referência, denominada macro região de Ribeirão Preto também foram entrevistados. Essas regiões estão vinculadas a outros centros de atendimento, todavia, nem sempre providos de atendimento especializado no tratamento da bexiga neurogênica. Tal fato torna-se para o paciente e/ou cuidador um fator dificultador, devido ao longo deslocamento e a distância do local de origem e o local de estudo. No entanto, já inseridos no serviço, tais pacientes frequentemente comparecem no local em busca da garantia pelo atendimento.

No que diz respeito a faixa etária dos entrevistados, conforme demonstra a Tabela 4, entre o grupo de pacientes e o de cuidadores, a maioria estava concentrada entre os adultos jovens. Entre os pacientes a maioria era do gênero masculino e entre as cuidadoras a maioria do gênero feminino (Tabela 2).

Os homens frequentemente sofrem mais das condições graves e crônicas de saúde quando comparados às mulheres. As mulheres procuram mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (2008), a falta de procura pelos serviços de atenção primária aliada à irregularidade na execução de medidas preventivas, tais como consultas, exames e acompanhamento médico periódico faz com que o homem fique privado da proteção necessária à preservação de saúde. Se ocorresse em períodos anteriores, os agravos poderiam ser evitados (BRASIL, 2008). Conforme já discutido, mães e esposas são os principais responsáveis pelos cuidados. Em pacientes com lesão medular com alto grau de dependência, necessitam em média de 11,3 horas/dia de cuidados, o que pode ser opressivo para a dinâmica familiar pela sobrecarga de trabalho assumida (LASPRILLA et al., 2010).

As dificuldades de homens em cuidar da saúde, justificadas por padrões de comportamento rígidos, vinculados a um modelo social masculino, deveriam incitar políticas públicas de prevenção à saúde que ampliassem as campanhas direcionadas à população masculina (COSTA-JÚNIOR; MAIA, 2009). O Sistema Único de Saúde relata que comparando consultas feitas por homens e mulheres, 17 milhões de mulheres foram ao ginecologista em 2007 e no mesmo ano, somente 2,6 milhões de homens passaram em consultas com urologista (BAROUKI, 2011).

Os sintomas urinários do trato inferior aparecem frequentemente em homens a partir da quinta e sexta décadas e são caracterizados por sintomas como, por exemplo, noctúria, urgência miccional e polaciúria, e por sintomas de esvaziamento como jato urinário fraco, gotejamento terminal e esvaziamento vesical incompleto. De uma forma geral, os sintomas surgem em decorrência da obstrução infra vesical, ou podem estar relacionados a uma disfunção vesical caracterizada por hipocontratilidade detrusora. A presença de sintomas de armazenamento urinário associa-se à hiperatividade vesical, que pode ser secundária à obstrução infravesical ou estar relacionada ao processo fisiológico de envelhecimento do homem (WELCH; WEINGER; BARRY, 2002).

No que diz respeito à idade, embora a maior parte dos pacientes desse estudo seja adulta, alguns estudos mencionam que crianças em torno dos oito anos de idade, podem ser consideradas com capacidade de cognição adequada para treino e execução do autocateterismo, o que deve ser criteriosamente avaliado pelos enfermeiros responsáveis pela capacitação. Enquanto a criança não estiver apta ao autocateterismo, o procedimento deve ser realizado pelos pais ou cuidadores. Observa-se que crianças introduzidas no autocateterismo em idades precoces têm maior possibilidade de cuidar da própria saúde, maior domínio sobre sua condição física e aparentam menor impacto no domínio emocional (COBUSSEN-BOEKHOST et al., 2009; MAZZO et al., 2011).

Em contrapartida, nos pacientes idosos, a literatura relata que a responsabilidade pelo cuidado é geralmente assumida por outra pessoa idosa, muitas vezes, também com necessidades de cuidados, em decorrência de limitações físicas, provenientes do processo de envelhecimento, e da instalação de doenças crônicas não-transmissíveis (GOMES et al., 2011).

De acordo com os dados encontrados, conforme mostra a Tabela 5 e 6, a maior parte dos pacientes era solteira e dos cuidadores a maior parte era casada.

Entre os pacientes e cuidadores a maioria possuem escolaridade (primário incompleto, secundário completo e incompleto). No entanto, com relação às condições de trabalho a maior parte dos pacientes sobrevive como pensionista e entre os cuidadores encontram-se desempregados. Quanto à renda familiar recebem tanto pacientes como cuidadores de 1 a 3 salários mínimos.

A exposição oral informal ou formal, o uso de manuais de orientação, a demonstração dos procedimentos técnicos, o treino em simuladores, são estratégias comuns na capacitação de pacientes e/ou de cuidadores para a realização do CUIL. Os componentes do processo de ensino aprendizagem desse procedimento incluem aspectos técnicos como manipular o cateter, identificar o meato uretral, além dos cuidados com o cateter, entre outros; e concentram-se no quesito de higiene e prevenção de traumas para evitar complicações como a estenose da uretra e a infecção do trato urinário. O uso de intervenções educativas que sejam efetivas é vital para o alcance da adesão a terapêutica em longo prazo (MAZZO et al., 2014a; NEWMAN; WILSON, 2011) e nessa amostra, pelo elevado índice de escolaridade, diversas estratégias são passíveis de serem aplicadas.

A família normalmente assume o papel de cuidadora, e é elemento importante para oferecer segurança ao paciente, tanto no período de hospitalização como na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. Nesse contexto, há a necessidade de estar bem preparada, uma vez que nem todos os profissionais de saúde encontram-se capacitados para atender essa demanda (CUIL). Há necessidade dos cuidadores serem capacitados pelos profissionais de saúde para um melhor enfrentamento das adversidades no curso natural da doença. As repercussões trazidas pela condição crônica para a vida dos usuários de cateterismo e de suas famílias abrangem múltiplas dimensões, entre as quais podemos destacar a emocional, social e financeira e geram impacto nas atividades rotineiras (LEITE; CUNHA, 2007).

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60,0% do ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento dessa demanda é vertiginoso e projeta-se que na década XXI 80,0% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos.

“Nesses países, a aderência aos tratamentos atualmente chega a ser apenas de 20,0%, o que leva a estatísticas negativas na área da saúde, encargos elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas

quando aparecem. O tratamento contínuo das condições crônicas inclui prevenção, tratamento de manutenção de longo prazo, gerenciamento de exacerbação de sintoma agudo, reabilitação e tratamento paliativo ou em instituições. Para alguns pacientes, também são necessários serviços sociais atuantes na comunidade. Essas diferentes formas de serviços são tipicamente fornecidas em diversos âmbitos, e com frequência, por muitas equipes de saúde diferentes. Como resultado, os serviços são frequentemente duplicados sem necessidade com desperdício significativo de recursos econômicos escassos (OMS, 2003).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe saúde integral, global e gratuita, no entanto, nem sempre alcança os objetivos propostos, com dificuldade de acesso aos serviços, não distribuição dos recursos necessários ao tratamento, escassez de atendimento especializado na reabilitação, entre outros (BRASIL, 1990). No país, as pessoas com deficiência, são cobertas pela Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, essa atribui ao setor promoção de ações preventivas, redes de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia ao acesso aos estabelecimentos de saúde e adequado tratamento, segundo normas técnicas e padrões apropriados (BRASIL, 1999). Todavia, tal legislação, não cobre todos os pacientes usuários do cateterismo urinário, uma vez que nem todos os diagnósticos médicos primários que levam a esse tratamento, enquadram-se nessa atribuição.

O Benefício da Prestação Continuada (BPC), regulamentado pelo decreto federal nº 1744, de 8 de dezembro de 1995, “*institui a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência ou idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.*” (BRASIL, 1995). Além, disso, os demais pacientes entrevistados nessa amostra, recorrem à solicitação e manutenção das suas despesas através do benefício denominado Auxílio Doença. Muitos têm dificuldades para obter tais benefícios, seja pela morosidade dos trâmites da solicitação ou pela falta de informações sobre os seus direitos. Destaca-se ainda, que entre os cuidadores alguns abandonam seus empregos para dedicar-se ao cuidado, o que implica na baixa condição sócio econômica para atender os indivíduos em condição crônica e também para prover o mínimo necessário a família. No cuidado do paciente usuário de CUIL, a questão econômica é um problema constante no dia-a-dia, que pode prejudicar o processo de cuidar, a aquisição de medicamentos, cateteres uretrais, fraldas descartáveis entre outros insumos.

O acesso à saúde pressupõe a garantia sem obstáculos, do uso de bens e serviços disponíveis e relevantes socialmente e envolve questões de ordem sócio econômico e cultural, que interagem com aspectos relacionados à estrutura política do país (PEREIRA, 2005). Alguns autores chamam a atenção ainda, para o aumento dos custos médicos e de previdência em decorrência da baixa empregabilidade e não retorno ao trabalho (LASPRILLA et al., 2010). No entanto, na prática nos deparamos com escassez e falta de recursos básicos para a realização do cateterismo urinário intermitente e com falta de incentivo ao retorno de atividades laborais dos pacientes.

Entre os entrevistados, foi possível observar que a maior parte foi capacitada para efetuar o cateterismo no hospital onde o diagnóstico primário foi realizado, que realizam o procedimento de 3 a 5 vezes ao dia e que utilizam esse tratamento há quase 10 anos, o que corrobora com alguns serviços descritos (WILDE; BRASCH; ZHANG, 2011). Todavia, alguns utilizam o cateterismo há mais de 30 anos. Sabe-se que esse fenômeno, possivelmente está relacionado à população do tratamento nos últimos anos e não a incidência de usuários do cateter (CHARTIER-KASTLER; DENYS, 2011; MAZZO et al., 2011; MAZZO et al., 2014a).

No que se refere à capacitação, embora esse não tenha sido o objetivo desse estudo, encontram-se dificuldades relacionadas ao método incorporado no aprendizado, o que faz da proposta do instrumento de aprendizado (EACUIL) aqui apresentado, uma importante ferramenta para o contexto.

6.2 A EACUIL

A autoconfiança, também descrita como autoeficácia, encontra-se constantemente relacionada a um comportamento ou tarefa. É uma atitude que origina-se de experiências repetidas e da percepção realista das fragilidades e potencialidades individuais. Indivíduos com maior senso de autoeficácia e autoconfiança são mais propensos a desafios e correção das falhas (BANDURA, 1986; MARTINS et al., 2014).

No cateterismo urinário intermitente limpo a autoeficácia está relacionada ao sucesso e a continuidade do tratamento. Nesse contexto, pela inexistência de instrumentos anteriores foi desenvolvida a escala validada nesse estudo (EACUIL).

O instrumento proposto demonstrou uma alta correlação de todos os itens com o total da escala proposta, o que infere um índice adequado de confiabilidade ($\text{Alfa}=0,944$), e indica que a EACUIL mensura a autoconfiança na realização do cateterismo urinário intermitente limpo, tanto entre pacientes, como entre cuidadores.

A análise estatística e fatorial encontradas, propuseram a manutenção dos 16 itens do instrumento num único fator (56,5% da variância), o que foi corroborado pelo *ScreePlot*.

Os valores descritivos da amostra no que diz respeito à autoconfiança (conforme demonstram a Tabela 14, 15 e 16), indicam que entre pacientes e cuidadores os maiores valores encontrados foram os relacionados a higienização das mãos e os menores os relacionados a “escolher o que fazer quando sai sangue na urina”. Entre os pacientes foram também altos os índices de autoconfiança na higienização dos genitais.

Tais resultados corroboram com outros estudos e apontam a facilidade e a incorporação da importância da higienização das mãos, tema que vem sendo trabalho à longa data, por órgãos públicos na prevenção de infecção e que é de conhecimento de todos os profissionais (BRASIL, 2007), embora, nem sempre aplicados a prática. No que diz respeito ao trauma de uretra, têm sido esse fator de dificuldade também dos profissionais (FINK et al., 2012). Nesse assunto, é de competência do profissional reconhecer e aderir ao uso de lubrificantes de forma adequada, conhecer as potencialidades e as dificuldades dos diversos compostos que são encontrados nos cateteres uretrais, para que esses conceitos sejam repassados durante o processo de ensino aprendizagem dos pacientes.

O cateter uretral mais comum da realidade desses pacientes é o cateter de polivinil (PVC), o qual embora de baixo custo e qualidade refutável, nem sempre é encontrado e disponibilizado a população. Na indisponibilidade dos cateteres uretrais, muitas vezes o recurso utilizado é a sua reutilização (BOSQUEIRO, 2010), o que causa enrijecimento do material, traumas e complicações (NEWMAN; WILLSON, 2011). Aliados a falta de conhecimento da importância, são ainda limitantes na prática, a quantidade e a disponibilidade de lubrificantes fornecidos.

Podemos considerar como fator limitante desse estudo o tratamento da amostra de pacientes e cuidadores como um único conjunto. Todavia, os resultados apontam que quando analisadas em separado, as amostras apresentam o mesmo

comportamento do conjunto. Ressalta-se também que pela característica da reabilitação desses indivíduos e pela importância do cuidador no seu tratamento, foi opção dos pesquisadores, a criação de um único instrumento que mensura-se a autoconfiança na realização do cateterismo.

O CUIL é um recurso de tratamento seguro, que previne complicações, promove reintegração social pela adaptação às mudanças na micção e objetiva a melhora da qualidade de vida. Entretanto, acarreta modificações significativas no cotidiano dos pacientes e dos seus cuidadores, o que aliado a falta de recursos materiais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e falta de adequada capacitação para a realização do procedimento, gera a não adesão do tratamento por parte do paciente e da família.

A autoconfiança consiste em um elemento essencial na aquisição e desenvolvimento de habilidades para o cateterismo urinário intermitente. Quando colocada em prática, melhora a autoeficácia, o que repercute de maneira direta na segurança e na qualidade do procedimento, bem como na adesão dos pacientes e cuidadores. Ao desenvolver a autoconfiança, o paciente e/ou cuidador o executa com maior eficácia, valoriza o tratamento e entroniza a motivação para o seu processo de reabilitação.

Nesse contexto, este estudo propôs e validou instrumento de 16 itens (EACUIL), num formato de escala tipo Likert, para mensurar a autoconfiança de pacientes e cuidadores na realização do cateterismo urinário intermitente. O instrumento demonstrou boa adequação psicométrica, mesmo quando tratadas amostras distintas de pacientes e de cuidadores, o que corrobora seu uso para a avaliação da autoconfiança nesse quesito.

Recomenda-se a replicação dos dados e instrumento em novas amostras, no intuito de avaliar a autoconfiança do paciente e do cuidador para a realização do cateterismo urinário intermitente limpo, visando a qualidade da capacitação e o êxito do tratamento.

ASSIS, G. M.; FARO, A. C. M. Autocateterismo vesical intermitente na lesão medular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.1, p. 289-93, 2011.

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

BAROUKI, M. P. Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 686- 98, 2011.

BOSQUEIRO, C. M. **Disfunção vesical e Infecção do trato urinário: impacto do cateterismo intermitente limpo**. 2010. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília/DF: 2007.

BRASIL. Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 11 dez 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Brasil, 2008.

BRASIL. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1999 consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 21 dez 1999.

BRASIL. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1999 consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 21 dez 1999.

BRASIL. Resolução COFEn nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Segurança do Paciente, do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 15 out 2009.

CAMERON, A. P. et.al. Bladder management after spinal cord injury in the United States 1972 to 2005. **The Journal of Urology**, v. 184, n. 1, p. 213- 7, 2010.

CARPI, K. B. et al. Cuidadores de crianças portadoras de mielomeningocele: autoconfiança adquirida no cateterismo urinário intermitente após o treino em simulador. In: 2º Congresso Internacional de Simulação Realística da Rede São Camilo, 2014, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2014. p. 30.

- 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>>. Acesso em: 26 nov. 2014.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CHARTIER-KASTLER, E.; DENYS, P. Intermittent catheterization with hydrophilic catheters as a treatment of chronic neurogenic urinary retention. **Neurourology and urodynamics**, v. 30, n. 1, p. 21-31, 2011.
- COBUSSEN-BOEKHRST, J. G. L. et al. Using an instructional model to teach clean intermittent catheterization to children. **BJU International**, v. 85, p. 551-3, 2000.
- COSTA, J. N. et al. Promoção da saúde no ensino do autocateterismo intermitente em portadores de paraplegia traumática. **Lecturas Educación Física y Deportes**, v. 17, n. 167, p. 130-7, 2012.
- COSTA, R. C. V. et al. A percepção emocional do cuidador familiar frente à técnica do cateterismo intermitente limpo na mielomeningocele. **Acta Fisiátrica**, v.19, n. 4, p. 222-7, 2012.
- COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Universidade Estadual Paulista (UNESP), São Paulo, v. 25, n. 1, s/m, 2009.
- DEVINE, A. L. Female catheterisation: what nurses need to know! **Accident and Emergency Nursing**, v. 11, n. 2, p. 91-5, 2003.
- FARO, A. C. M. **Do Diagnóstico à conduta de enfermagem**: trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular. 1995. 208f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- FARO, A. C. M. Traumatismo raquimedular- bases teóricas e intervenções de enfermagem. In: KOIZUMI, M. S.; DICCINI S. **Enfermagem em neurociência: fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 233-50.
- FARO, A. C. M. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 4, p. 334-41, 1999.
- FINK, R. Indwelling urinary catheter management and catheter-associated urinary tract infection prevention practices in Nurses Improving Care for Health system Elders hospitals. **American Journal of Infection Control**, v. 40, n. 8, p. 715-20, 2012.

- FUMINCELLI, L. et al. Cateterismo urinário intermitente limpo: impacto do treino em simulador de baixa fidelidade na autoconfiança de pacientes e cuidadores. In: 2º Congresso Internacional de Simulação Realística da Rede São Camilo, 2014, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2014. p. 21.
- GENG, V. et al. **Urethral catheterization**. In: European Association of Urology Nurses. Good practices in health care. 2013.
- GIANNANTONI, A. et al. Intermittent catheterization with a prelubricated catheter in spinal cord injured patients: a prospective randomized crossover study. **The Journal of Urology**, v. 166, n. 1, p. 130-3, 2001.
- GOMES, R. et al. Men's public health care: a qualitative study in four Brazilian federal states. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, s/m, 2011.
- GOMES, R. et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.
- GRANT, J. S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing & Health**, v. 20, n. 3, p. 269- 74, 1997.
- GUYTON, A. G.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12ed. Elsevier, 2011.
- HAIR Jr, J. F. **Multivariate Data Analysis**. 7ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2010.
- HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Relatório de atividades**. 2011.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY [ICS]. **Documents**. Disponível em: <www.icsoffice.org>. Acesso em: 22 nov. 2014.
- 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.
- KASHEFI, C. et al. Incidence and prevention of iatrogenic urethral injuries. **The Journal of Urology**, v. 79, n. 6, p. 2254-7, 2008.
- 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.
- LAPIDES, J. et al. Clean, intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. **The Journal of Urology**, v. 107, n. 3, p. 458-61, 1972.

LASPRILLA, J. C. A. et al. Family needs and psychosocial functioning of carigivers of individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. **NeuroRehabilitation**, v. 27, n. 1, p. 83-93, 2010.

LEITE, N. S. L.; CUNHA, S. R. A família da criança dependente de tecnologia: aspectos fundamentais para a prática de enfermagem no ambiente hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 92-7, 2007.

LELIS, M. A. S. **Cateterismo vesical intermitente - técnica limpa**: aspectos envolvidos na sua utilização como instrumento terapêutico em pacientes com disfunção vésico-esfincteriana. 2003. 121f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

LEUCK, A. M. et al. Complications of foley catheters—is Infection the Greatest Risk? **The Journal OF Urology**, v. 187, n. 5, p.1662-6, 2012.

LOPES, M. et al. Quality of life of pediatric patients with lower urinary tract dysfunction and their caregivers. **Pediatric Nephrology**, v. 26, n. 4, p. 571-7, 2011.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. Características de idosos com demência de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto e Contexto: Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 587-94, 2006.

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

MAGALHÃES, A. M.; CHIOCHETTA, F. V. Diagnósticos de enfermagem para pacientes portadores de bexiga neurogênica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 6-18, 2002.

MANGNALL, J. Important considerations of intermittent catheterisation. **Nursing & Residential Care**, v. 15, n.12, p. 776–81, 2013.

MARTINS, G. **Cateterismo Intermitente Limpo**: Método de Ensino para Cuidadores de Crianças com Disfunção Vésico-Esfincteriana. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2004.

MARTINS, G.; SOLER, A. S. G. Perfil dos cuidadores de criança com bexiga neurogênica. **Arquivos de ciências da saúde**, v. 15, n. 1, p. 13-5, 2008.

MARTINS, J. C. A. et al. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self-confidence Scale em estudantes de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 554-61, 2014.

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. Cateter urinário: mitos e rituais presentes no preparo do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 25, n. 6, p. 889–94, 2012.

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

MAZZO, A. et al. Enfermagem na abordagem das infecções geniturinárias. In: Associação Brasileira de Enfermagem; BRESCIANI, H. R.; MARTINI, J.G.; MAI, L. D., organizadores. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: Ciclo 9**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. p. 29-47. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v. 1).

MAZZO, A. et al. Intermittent urethral catheterization-descriptive study at a Brazilian service. **Applied Nursing Research**, v. 27, n. 3, p. 170-4, 2014.

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. **Urologia Fundamental**. 1ed. São Paulo: Planmard, 2010.

NAZARKO, L. Intermittent self-catheterisation: past, present and future. **British Journal of Community Nursing**, v. 17, n. 9, p. 408-12, 2012.

NEWMAN, D. K.; WILSON, M. H. Review of intermittent catheterization and current best practices. **Urologic Nursing**, v. 1, n. 31, p. 12–28, 2011.

O'LEARY, M.; DIERICH, M. Botulinum Toxin type a for the treatment of urinary tract dysfunction in neurological disorders. **Urologic Nursing**, v. 30, n. 4, p.228-34, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

PEREIRA, S. G. R. **Qualidade de vida de pacientes com disfunções vesicoesfincterianas em programa de cateterismo vesical intermitente limpo**. 2010. 141f. Dissertação (Mestrado). Programa de Urologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

PEREIRA, S. O. **Reabilitação de Pessoas com deficiência no SUS**: Elementos para um debate sobre integralidade. 2009. 113f. Dissertação (Mestrado) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

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

PESTANA M. H.; GAGEIRO J. N. **Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS**. 3ed. Lisboa: Sílabo, 2005.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RABEH, S. A. N. **Condições de saúde e cuidado domiciliar de indivíduos com lesão de medula espinhal**. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

REIS, R. B.; TRINDADE FILHO, J. C. S.; SIMÕES, A. F. **Guia Rápido de Urologia - GRU**. 1ed. São Paulo: Lemar; 2012.

REIS, R. B.; ZEQUI, S. C.; ZERATTI FILHO, M. **Urologia Moderna**. 1ed. São Paulo: Lemar, 2013.

RIBERTO, M. et al. Independência funcional de pacientes com lesão medular. **Acta Fisiátrica**, v. 12, n. 2, p.61-6, 2005.

SAR, A. H.; AVCU, R.; ISIKLAR, A. Analyzing undergraduate students' self-confidence levels in terms of some variables. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, n. 5, p. 1205–1209, 2010.

SCHOELLER, S. D. et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2012.

SELLMAN, D. The importance of being trustworthy. **Nursing Ethics**, v. 13, n. 2, p. 105- 15, 2006.

TZORTZIS, V. et al. Intraurethral Lubricants: a critical literature review and recommendations. **Journal of endourology**, v. 23, n. 5, p. 821-6, 2009.

VAHR, S. et al. Catheterisation: Urethral intermittent in adults. European Association of Urology Nurses. **Evidence-based guidelines for best practice in urological health care**. 2013. Disponível em: <http://www.uroweb.org/fileadmin/EAUN/guidelines/2013_EAUN_Guideline_Milan_2013-Lr_DEF.pdf> Acesso em: 26 nov. 2014.

VALL, J.; LEMOS, K. I. L.; JANEIRO, A. S. I. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n.3, p. 63-70, 2005.

WELCH, G.; WEINGER, K.; BARRY, M. J. Quality of life impact lower urinary tract symptom severity: results from the health professionals follow up study. **Urology**, v. 59, n. 2, p. 245-50, 2002.

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

WILDE, M. H.; BRASCH, J.; ZHANG, Y. A qualitative descriptive study of selfmanagement issues in people with long-term intermittent urinary catheters. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 6, p.1254-63, 2011.

Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **Escala de autoconfiança para a realização do cateterismo urinário intermitente para paciente e cuidador: construção e validação de instrumento.**

Pesquisadoras: Alessandra Mazzo - Profa. Dra. EERP-USP. (e-mail: amazzo@eerp.usp.br). Cintia F. Baccarin Biaziolo – aluna de pós-graduação do Programa de Mestrado Profissional EERP-USP. (e-mail: cbaccarin@usp.br)

Meu nome é Alessandra Mazzo, sou enfermeira, professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e sou responsável por esta pesquisa. Convido você a participar deste estudo, que tem como objetivo **Identificar o nível de confiança adquirido por pacientes e/ou cuidadores na realização do cateterismo urinário intermitente.**

- Essa pesquisa não traz a você risco de saúde.
- Responder ao questionário levará em média cerca de 15 minutos. Todas as informações dessa pesquisa sobre você serão mantidas em segredo e serão utilizadas apenas para pesquisa.
- Será preservada sua identidade, assim como da instituição onde as informações estão sendo coletadas. As informações prestadas serão registradas, e ao final poderá pedir para lê-las. 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 poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para você nesse momento, mas sua participação será importante, pois poderemos aprender muito com os resultados desse trabalho, melhorando o cuidado às pessoas. Se tiver alguma dúvida, poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através do endereço e/ou telefone abaixo. Obrigada pela colaboração.

Pesquisador responsável: Alessandra Mazzo – Profa. Dra. da EERP-USP. (e-mail: amazzo@eerp.usp.br); Cintia F. Baccarin Biaziolo – aluna de pós-graduação do Programa de Mestrado Profissional EERP-USP. (e-mail: cbaccarin@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: 0 (XX)16-3602-0176; 0(XX) 16-92046753

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, concordando que o pesquisador Identificar o nível de confiança adquirido por pacientes e/ou cuidadores no procedimento de cateterismo urinário intermitente. 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 que as informações prestadas sejam anotadas. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2014

Participante

Pesquisadora

Apêndice 2- Questionário de Caracterização dos Sujeitos

Data da coleta: __/__/__ Data de nascimento: __/__/__

Cuidador () Paciente () Sexo: () M () F

Registro paciente: _____

Cidade que mora: _____

Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () divorciado(a) () viúvo(a) () outro

Escolaridade: Primário () completo () incompleto

Secundário () completo () incompleto

Superior () completo () incompleto

() analfabeto

Trabalho: () Empregado () Desempregado () Benefício () Aposentado

Renda familiar () < 1 SM () 2-3 SM () 3-5 SM () 5-10 SM

Onde foi treinado: Saúde da Família () Hospital () UBS ()

Convênio () _____

Outro () Qual: _____

Frequência do cateterismo: 1x/dia () 2x/dia () 3x/dia () 4x/dia () 5x/dia ()

6x/dia () Mais que 6 () quantas _____

Data do início do cateterismo: _____

() pelo cuidador () pelo paciente

Se cuidador responde:

Acompanhante do paciente:

Parentesco com o paciente: mãe () pai () irmão () esposa () cuidador () outro ().

Qual: _____

É cuidador do paciente em tempo integral? () sim () não

Recebe o auxílio de mais alguém? Sim () não (). Quem: _____

Apêndice 2-Escala de Autoconfiança para Realização do Cateterismo Urinário Intermitente

Para os seguintes itens, assinale o seu nível de autoconfiança:

Sinto que sou capaz de:	Nada confiante	Pouco confiante	Confiante	Muito confiante	Completamente confiante
Realizar o procedimento de cateterismo urinário					
Escolher o melhor horário para realizar o procedimento					
Escolher o material a ser utilizado para realizar o procedimento					
Conversar com o paciente sobre o procedimento a ser realizado (em caso de cuidador)					
Lavar as mãos					
Realizar a higiene do genital.					
Abrir o material					
Escolher utilizar ou não o lubrificante					
Introduzir a sonda					
Verificar o comprimento da sonda a ser introduzida					
Decidir quanto tempo à sonda deve ficar retirando a urina					
Como deve ser retirada a sonda					

Em realizar a medida de urina drenada					
Em escolher o que fazer quando sai sangue na urina					
Em escolher o que fazer quando não sai urina					
Em como deve desprezar a urina					
Em como deve anotar o volume da urina					

ANEXO 1 - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br • eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 146/2012

Ribeirão Preto, 15 de agosto de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de agosto de 2012.

Protocolo CAAE: 02164112.0.0000.5393

Projeto: A prática do autocateterismo urinário intermitente em pacientes de reabilitação.

Pesquisadores: Alessandra Mazzo

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Alessandra Mazzo

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP