

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE REALIZADO PELOS CUIDADORES DOMICILIARES EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

INTERMITTENT CATHETERIZATION PERFORMED BY HOME CAREGIVERS

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE REALIZADO POR CUIDADORES DOMICILIARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Camila Vilaça Salles Campos¹
Kênia Lara Silva²

¹ Enfermeira. Pós-Graduada em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Kênia Lara Silva. E-mail: kenialara17@yahoo.com.br
Submetido em: 13/11/2009 Aprovado em: 18/10/2013

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a prática do cateterismo vesical intermitente realizada no domicílio pelo cuidador do usuário cadastrado no Serviço da Atenção Domiciliar de Betim, Minas Gerais. Estudo descritivo-exploratório no qual os dados foram obtidos por meio de entrevistas e observação da técnica de cateterismo durante acompanhamento domiciliar de seis usuários do serviço. Os resultados revelaram as características dos pacientes dependentes do cateterismo vesical intermitente e de seus cuidadores. Prevalenciam pacientes do sexo feminino, com idade entre nove e 44 anos, dependentes do cateterismo por acometimento do quadro de bexiga neurogênica secundária a traumatismo raquimedular por acidente, mielomeningocele ou leucemia. Os cuidadores são, a maioria, mulheres (mãe ou irmã) com idade entre 29 e 57 anos. Em relação ao procedimento do cateterismo, os resultados indicam o seguimento das normatizações do protocolo do serviço de atenção domiciliar quanto à higienização das mãos e do meato urinário, uso de luvas e lubrificantes, acondicionamento e reutilização do cateter. Os resultados indicam, ainda, que o apoio oferecido pelos serviços de saúde do SUS-Betim, para o cuidado no domicílio, encontra-se insuficiente como rede assistencial, sendo considerados apenas como fornecedores de materiais. A infecção no trato urinário, na maioria dos usuários, reflete a necessidade de uma educação em saúde para cuidador e não somente um treinamento técnico. Conclui-se que o enfermeiro como agente do cuidado deve fundamentar o ensino do cateterismo vesical intermitente em uma atenção integral, que vise à corresponsabilidade da equipe de saúde, do cuidador e do próprio usuário.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Cateterismo Urinário; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This descriptive and exploratory study aims at evaluating intermittent catheterization performed by caregivers to users registered at the Home Care Service in Betim, Minas Gerais. Data was collected through interviews and observation of the catheterization technique during home visits to six patients. The latter were predominantly female, aged between 9 and 44 years, who depended on catheterization due to neurogenic bladder caused by spinal trauma, myelomeningocele or leukaemia. Caregivers were usually female (either mother or sister) aged between 29 and 57 years. With regards to catheterization, results show that caregivers followed standard procedures concerning hands and urinary meatus hygiene, use of gloves and lubricants, storage and reuse of catheters. Public health system offered little support to home care; its main role was to provide nursing supplies. The detection of urinary tract infection in most of the patients indicates the need of health care education rather than only technical training for caregivers. The study concludes that the nurse, as health care agent, must promote IC training and actions that implicate the health care team, the caregiver and the user in the process.

Keywords: Home Health Care, Urinary Catheterization, Nursing Care.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar la práctica del cateterismo vesical intermitente efectuada en el domicilio por el cuidador del usuario registrado en el Servicio de Atención Domiciliar de Betim, Minas Gerais. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con datos recogidos en entrevistas y durante observación de la técnica de cateterismo en el seguimiento domiciliario de seis usuarios del servicio. Los resultados determinaron las características de los pacientes dependientes del cateterismo y de sus cuidadores. Prevalencian pacientes del sexo femenino, con edad entre 9 y 44 años, dependientes del cateterismo debido a un cuadro de vejiga neurogénica secundaria a traumatismo raquimedular por accidente, mielomeningocelosis o leucemia. La mayoría de los cuidadores eran mujeres (madre o hermana) con edad entre 29 y 57 años. Con relación al procedimiento del cateterismo, los resultados indicaron que se siguieron las normas del protocolo del servicio de atención domiciliar referentes a higienización de las manos y del meato urinario, uso de guantes y lubricantes, acondicionamiento y reutilización del catéter. También se observó que el apoyo de los servicios del sistema único de salud de Betim no es suficiente como red asistencial y que funciona apenas como suministrador

de material. La presencia de infección urinaria en la mayoría de los usuarios señala que, aparte de la capacitación técnica, los cuidadores precisan tener educación en salud. Se concluye que el enfermero como agente del cuidado debe fundamentar la enseñanza del cateterismo vesical intermitente en la atención integral de salud, con miras a la responsabilidad compartida entre el equipo de salud, el cuidador y el propio usuario.

Palabras clave: Atención Domiciliaria; Cateterismo Vesical, Cuidados de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde pode ocorrer em diversos âmbitos, como nos serviços de saúde, nas empresas, nas escolas e nos domicílios, sendo este último representado pela atenção domiciliar. Antes mesmo da criação das instituições hospitalares, o cuidado à saúde era prestado nas residências.¹ Na Europa, antes do surgimento dos grandes hospitais e da modalidade de assistência ambulatorial, os cuidados domiciliares já eram largamente empregados.¹ Devido às normas culturais predominantes naquela época, a assistência aos enfermos, na maioria das vezes, era prestada por mulheres que ficavam em suas residências cuidando dos afazeres domésticos, enquanto que o homem garantia o sustento, a sobrevivência da família e a autoridade moral.¹

Os hospitais, juntamente com institucionalização dos cuidados de enfermagem, surgiram com a evolução do catolicismo e com o aumento da necessidade de excluir do meio social as pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas e com transtornos mentais. A institucionalização ganhou forças com o desenvolvimento da sociedade capitalista industrial que, a partir do avanço da ciência e das inovações tecnológicas, proporcionaram altos investimentos na atenção à saúde.¹

Com a criação do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico, priorizou-se a consulta médica individualizada e especializada destinada a tratar a enfermidade ou reabilitar usuários portadores de sequelas, com base na clínica e nas altas tecnologias. Esse modelo de atenção à saúde, ainda hegemônico em nossa sociedade e nos serviços de saúde, acabou gerando elevados gastos devido à atenção centrada nos hospitais, levando, assim, ao crescente aumento das taxas de internação e do uso de tecnologias.^{2,3}

Com o intuito de reverter esse modelo centrado na doença e de otimizar os gastos públicos com os serviços de saúde, o cuidado à saúde no âmbito domiciliar ressurgiu na sociedade. Nesse contexto, a atenção domiciliar constitui uma estratégia para reverter o modelo assistencial – hospitalocêntrico, curativista, individualizado, mecanicista e descontextualizado – que ainda predomina nos serviços de saúde – para o enfoque integral, humanizado e equânime quanto às ações de promoção à saúde, prevenção contra agravos, tratamento, reabilitação e autonomia ao usuário.⁴

A reconstrução desse “novo” modelo de assistência representa uma alternativa de reorganização dos serviços de saúde, a partir de um atendimento resolutivo, humanizado, conhecendo não só o usuário, como o seu contexto domiciliar e seus

valores socioculturais. Ademais, proporciona solução para os problemas financeiros do sistema de saúde, redução de riscos de infecções hospitalares, nas taxas e no tempo de internação.⁵

Prestar a assistência no domicílio significa transportar para a residência a prática de enfermagem, as tecnologias e o conhecimento próprio do atendimento institucionalizado em estabelecimentos de saúde. Se, por um lado, essa transferência oferece aos cuidadores mais liberdade de criação e condução das suas atividades como definição de horários para banhos, alimentação e medicamentos,⁶ por outro apresenta uma série de lacunas a serem discutidas, tais como: a negociação dos planos terapêuticos, a implementação dos projetos de cuidado que rompem com rotinas institucionalizadas, o controle de infecção no domicílio e o destino final dos resíduos.⁷

A assistência à saúde prestada ao usuário que se encontra em seu domicílio é diferente daquela prestada nos hospitais, principalmente no que se refere às práticas cuidativas realizadas por cuidadores e, ainda, quanto aos riscos de infecções. Torna-se necessário que algumas práticas, que são da competência da enfermagem, sejam adequadas ao novo ambiente, tornando-as capazes de serem executadas pelo próprio usuário ou pelo cuidador, mesmo que estes não tenham formação específica na área da saúde. Nesse sentido, há necessidade de serem efetuadas pesquisas e registros sobre os procedimentos realizados no domicílio, a relação custo-benefício, a satisfação do usuário e da família, a eficácia, a efetividade, as vantagens e as desvantagens dessa assistência.⁵

Nesta tentativa, propôs-se como objetivo do estudo analisar a execução da prática do cateterismo vesical intermitente, realizada no domicílio pelo cuidador do usuário cadastrado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Betim, Minas Gerais.

O cateterismo vesical intermitente (CVI) consiste na drenagem periódica de urina através de um cateter inserido pela uretra até a bexiga, utilizando-se, para a realização do procedimento, a técnica limpa e não a asséptica. É um procedimento indicado para esvaziamento da bexiga em usuários portadores de bexiga neurogênica, em pacientes vítimas de trauma raquimedular, com retenção urinária, a fim de prevenir a infecção do trato urinário, tratar refluxo vesicouretral e alcançar a continência urinária, conseqüentemente, prevenindo a doença renal crônica. É uma forma de tratamento prolongado e, em alguns casos, para a vida toda, devendo ser adequado às especifici-

dades de cada paciente. O CVI imita os processos naturais da micção, levando à melhora do convívio social e da autoestima.

A técnica limpa no cateterismo vesical no domicílio, utilizada em 1972 por Lápides *et al.*, tem seu uso justificado pela facilidade de utilização e melhor adequação à realidade socioeconômica dos usuários portadores de bexiga neurogênica. Por apresentar diminuição das taxas de infecções urinárias, quando realizada de forma asséptica, a técnica passa a substituir os métodos de sondas uretrovesicais de permanência e cistostomias em pacientes assistidos em domicílio.⁸

Tomou-se como foco neste estudo o CVI, por ser um procedimento considerado marcador para o cuidado no domicílio, seja por sua alta frequência no serviço estudado; seja por exigir uma técnica correta na sua execução própria da institucionalização do cuidado em saúde; ou, ainda, por ser potente para revelar o processo de capacitação dos cuidadores. Consideramos que o índice de infecção do trato urinário em usuários dependentes de CVI pode ser um indicativo de falhas na prática cuidativa, seja na sua execução ou na identificação dos sinais preditivos da infecção.

O município de Betim situa-se na região metropolitana de Belo Horizonte, a 30 km da capital, e conta com população de aproximadamente 422.159 habitantes. O sistema de saúde encontra-se atualmente distribuído em seu território de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde: regionalização e hierarquização. Sua rede de saúde é constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), quatro Unidades de Atendimento Imediato (UAI), três hospitais e uma maternidade, além de contar com os serviços especializados, de referências, vigilância à saúde, regulação, controle e avaliação, laboratoriais e serviços de apoio diagnóstico terapêutico.

O serviço de atenção domiciliar em Betim teve suas atividades iniciadas em 1997, com a criação dos programas de desospitalização e Atenção Domiciliar Terapêutica. Seu objetivo principal era a otimização dos leitos do recém-inaugurado Hospital Público Regional de Betim (HPRB), na intenção de garantir vínculo, qualidade, equidade e a universalidade do SUS. Simultaneamente, um Grupo de Atenção Domiciliar (GAD) da Unidade Básica de Saúde do bairro Jardim Teresópolis, formado por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social e farmacêutica começou a dar continuidade aos cuidados aos usuários que obtinham alta hospitalar de sua área de abrangência.⁹

A Secretaria Municipal de Saúde, embasada na Conferência Municipal de Saúde, com o objetivo de reordenar os serviços da rede SUS-Betim a partir da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família, adotou, então, o serviço de atenção domiciliar como alternativa de prestação de assistência de forma digna e humanizada aos seus usuários, além de contribuir para o enfrenta-

mento da crise social (carência de leitos hospitalares, aumento dos gastos hospitalares, elevadas taxas de infecções).¹⁰

O serviço iniciou de forma sistematizada com base no Programa de Atenção Domiciliar (PAD) em agosto de 2005, com a implantação de rotinas, normatizações e referências específicas.¹⁰ Com a Resolução da Diretoria Colegiada nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, esse serviço é renomeado como Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e, a partir de então, formaram-se as equipes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).¹¹ Atualmente são 40 equipes em atenção domiciliar vinculadas às UBS e UBSF, que possibilitaram que o número de usuários atendido por esse serviço aumentasse de 326, no ano de 2005, para 487, no ano de 2006, e 665 no ano de 2007. Para esses usuários são variadas as práticas cuidativas realizadas pelos cuidadores, desde aquelas de suporte terapêutico ao usuário, atividades básicas de orientação e necessidades diárias (higiene oral, banho, medicação, alimentação) até as rotinas institucionalizadas (cateterismo vesical, curativos, aspiração de traqueostomia, terapia nutricional enteral, insulino terapia).¹¹

Ressalta-se que a assistência prestada ao usuário no domicílio difere daquela oferecida pelo hospital, principalmente no tocante aos riscos de contaminação, sendo a redução de infecções uma das principais motivações para indicar o cuidado no domicílio. Contudo, torna-se necessário readequar alguns procedimentos técnicos de enfermagem a esse novo ambiente, já que dispõem de menos aparatos tecnológicos em sua execução.¹²

Há escassez de registros para detectar os procedimentos de enfermagem mais recorrentes na atenção domiciliar e sobre o controle de infecção dessas práticas cuidativas.⁵ Entre as práticas cuidativas predominantes no cuidado domiciliar e que possuem altos riscos de infecções, estão: infusão de soroterapia e administração de medicamentos; cuidados com as ostomias (digestivas, gástricas, vesicais e traqueostomias), sondagem vesical (de demora e intermitente), sondagem gástrica e nasoentérica e cateterismo venoso; terapia respiratória, nutrição parenteral e enteral, curativos e coleta para exames laboratoriais.¹²

Advoga-se ao enfermeiro, por ser o profissional mais envolvido no tratamento de usuários dependentes de cateterismo vesical intermitente, o oferecimento de suporte educativo ao usuário e à família quanto ao desenvolvimento dos procedimentos. Assim, a realização do estudo pode indicar a qualidade da prática de enfermagem no cuidado domiciliar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória. O trabalho de campo foi realizado em Unidades de Saúde de Betim, no estado de Minas Gerais, bem como nos domicílios dos usuários, cadastrados nos SAD Betim no período de 2005 a 2008, depen-

dentos do cuidador na realização do cateterismo vesical intermitente (CVI). O trabalho de campo permitiu a aproximação do pesquisador à realidade sobre a qual havia questionado, além de permitir interação entre os “atores” que conformam à realidade e construir um conhecimento empírico para o pesquisador.¹³

Os sujeitos participantes do estudo foram usuários que dependiam dos cuidadores para a realização do cateterismo vesical intermitente (CVI). Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: os cuidadores não poderiam ter alguma formação na área da saúde e ser responsáveis pela prática cuidativa no domicílio; os usuários deveriam apresentar dependência para a realização do cateterismo vesical intermitente, mas com suas capacidades cognitivas preservadas.

Dos 15 cadastros de usuários dependentes do CVI, revelados no levantamento prévio realizado junto ao SAD, identificaram-se que sete desses usuários passaram a realizar o autocateterismo. Dos demais oito usuários identificou-se que um havia mudado de cidade e um não permitiu a observação da técnica, pois relatou constrangimento. Dessa forma, foram realizadas visitas domiciliares aos seis usuários cadastrados no SAD Betim e seus respectivos cuidadores.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universi-

dade Católica de Minas Gerais, sob parecer 2250.0.000.213-8. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informados sobre os objetivos da pesquisa.

O usuário e seu respectivo cuidador receberam duas visitas domiciliares para coleta de dados, que foram realizadas mediante agendamento prévio, pelo agente comunitário de saúde responsável pela área ou pelo próprio enfermeiro das respectivas Unidades, e com o consentimento dos sujeitos participantes. A primeira visita teve como objetivo explicar o projeto e esclarecer como seria a participação dos sujeitos na pesquisa. A segunda visita se destinou à realização da coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, com perguntas previamente elaboradas (Tabela 1). Nessa etapa utilizou-se um tempo médio de 40 minutos para a entrevista e de 15 minutos para a observação da realização da técnica do cateterismo vesical intermitente pelo cuidador, a partir de roteiro previamente elaborado (Tabela 1).

Os dados obtidos do questionário foram tabulados e analisados pela estatística descritiva simples. Os resultados são apresentados em gráficos e tabelas que permitem visualizar os principais achados do estudo.

Tabela 1 - Roteiro de coleta de dados

Nome do usuário:	Idade	
Unidade de Saúde de referência:		
Data de admissão no SAD:		
Diagnóstico:		
Nome do cuidador:	Idade:	
Grau de parentesco:		
Escolaridade:		
Profissão:		
Situação de moradia e saneamento	Sim	Não
Residência possui energia elétrica		
Residência possui rede de esgoto		
Residência possui água tratada		
Residência possui coleta de lixo		

- 1) Recebeu algum tipo de treinamento para realizar o cateterismo vesical intermitente (CVI)? Por quem?
- 2) Em caso de dúvidas a quem você recorre?
- 3) Como são adquiridos os materiais utilizados (luvas, gaze, sonda) para o CVI?
- 4) Já aconteceu de faltar algum material de forma inesperada? Qual providência foi tomada? Como o procedimento foi realizado?
- 5) Há um local fixo para a realização do cateterismo vesical?
- 6) A Unidade Básica de Saúde de referencia tem atendido a demanda do usuário, no que diz respeito à prática do cateterismo vesical intermitente?
- 7) O usuário apresentou alguma infecção de trato urinário, após o uso do cateterismo vesical intermitente? Está em uso de algum antibiótico nos últimos meses?

Continua...

... continua

Tabela 1 - Roteiro de coleta de dados

Procedimento: cateterismo vesical intermitente	
Técnicas utilizadas:	
1) Higienização das mãos antes do procedimento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2) Higiene do meato urinário antes do cateterismo vesical intermitente:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.:
3) Uso de luvas para realização do procedimento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.:
4) Posição adotada para realização do cateterismo vesical intermitente:	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Deitado Obs.:
5) Uso de lubrificantes para a introdução do cateter:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.:
6) Posicionamento do pênis para a introdução do cateter:	<input type="checkbox"/> Faz ângulo reto com o púbis <input type="checkbox"/> Lateralizado <input type="checkbox"/> Mantém inclinado para baixo
7) Recipientes utilizados para a coleta de urina drenada na realização do cateterismo vesical intermitente:	<input type="checkbox"/> Coletor plástico <input type="checkbox"/> Recipiente plástico <input type="checkbox"/> Outros recipientes <input type="checkbox"/> No vaso sanitário <input type="checkbox"/> Outros: _____
8) Periodicidade, em horas, de realização do cateterismo vesical intermitente técnica limpa:	<input type="checkbox"/> 3/3 horas <input type="checkbox"/> 4/4 horas <input type="checkbox"/> 6/6 horas <input type="checkbox"/> 8/8 horas <input type="checkbox"/> 12/12 horas
9) Calibre do cateter utilizado no cateterismo vesical intermitente:	<input type="checkbox"/> nº14 <input type="checkbox"/> nº12 <input type="checkbox"/> nº10
10) Substâncias utilizadas para a limpeza do cateter para sua reutilização do cateter:	<input type="checkbox"/> Lava somente com água <input type="checkbox"/> Lava com água e sabão <input type="checkbox"/> Lava com água e ferve <input type="checkbox"/> Lava com água e sabão e ferve <input type="checkbox"/> Lava com água e imerge em PVPI <input type="checkbox"/> Lava com água e sabão e imerge em PVPI
11) Acondicionamento do cateter reutilizado no cateterismo vesical:	<input type="checkbox"/> Pano limpo <input type="checkbox"/> Vidro com tampa plástica <input type="checkbox"/> Recipiente de plástico <input type="checkbox"/> Outros: _____
12) Destino dos resíduos gerados no domicílio:	<input type="checkbox"/> Lixo doméstico <input type="checkbox"/> Encaminha até a Unidade <input type="checkbox"/> Lote vago

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de seis usuários do CVI participantes do estudo, quatro eram do sexo feminino e dois eram do sexo masculino;

com idades entre nove e 43 anos; a maioria portadora de bexiga neurogênica secundária a traumatismo raquimedular, como apresentado no Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos 06 usuários dependentes do CVI, segundo sexo, idade, diagnóstico, tempo de uso do Cateter (em anos) e data de admissão. Betim, 2009

Usuário	Sexo	Idade	Patologia	Tempo (anos) de uso de CVI	Admissão no SAD
A	F	17	Bexiga neurogênica secundária a traumatismo raquimedular por leucemia.	11	17/09/2006
B	M	09	Bexiga neurogênica secundária a mielomeningocele.	09	08/08/2006
C	M	33	Bexiga neurogênica secundária a traumatismo raquimedular por acidente com arma de fogo.	03	24/04/2006
D	F	34	Bexiga neurogênica secundária a traumatismo raquimedular por acidente motociclístico.	02	23/07/2008
E	F	40	Bexiga neurogênica secundária a traumatismo raquimedular (T8 – T9) por queda de escada.	02	30/05/2008
F	F	44	Bexiga neurogênica secundária a traumatismo raquimedular por acidente com arma de fogo.	05	21/12/2007

Entre as doenças que acometeram os usuários dependentes do cuidador no domicílio para a realização do cateterismo vesical intermitente (CVI), destacaram-se: bexiga neurogênica secundária à mielomeningocele, traumatismo raquimedular por acidente motociclístico, queda de escada, acidente por arma de fogo e leucemia, pareando-se aos achados de Fera, Lelis e Glashan.⁸

Em relação aos cuidadores, cinco eram do sexo feminino e um do sexo masculino, sendo três mães, duas irmãs e um marido da usuária dependente do CVI (Tabela 3). Com relação ao grau de instrução dos cuidadores, 01 tinha o ensino fundamental incompleto, 03 possuíam ensino médio incompleto e 01 com ensino médio completo. Referente à situação ocupacional, apenas um cuidador possuía trabalho extra-domicílio, uma cuidadora era estudante e as demais cuidavam dos afazeres domésticos.

Neste contexto, o cuidador assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir às necessidades da pessoa cuidada, buscando a melhoria de sua saúde e da qualidade de vida.¹² Geralmente esse cuidador é informal, ou seja, trata-se de um familiar sem formação específica na área da saúde, que se responsabiliza pelas tarefas do cuidado sem qualquer tipo de remuneração e sem a ajuda de outros componentes da família. Reafirmam que, devido à falta desse apoio familiar e associado à vida particular, as cuidadoras vêm sofrendo exaustão física e emocional, um prejuízo em seu autocuidado, em sua qualificação profissional, em seu convívio social e em seu lazer, tudo isso em função das exigências do cuidar do outro.

Os resultados apresentados a seguir comprovam a realização do procedimento cateterismo vesical intermitente (CVI) pelo cuidador de usuários dependentes dessa prática. Todos os cuidadores realizaram a higienização das mãos antes de procederem ao CVI, sendo que quatro fizeram uso de água e sabão e dois usaram apenas a água como forma de higienização. Há necessidade da lavagem das mãos antes da prática cuidativa de CVI, sendo necessária apenas água e sabão, dispensando assim o uso de qualquer antisséptico.¹⁴

A higiene íntima antes da realização do CVI foi uma prática citada pela maioria dos cuidadores e observada no trabalho de campo: 86% dos cuidadores realizam a higienização do meato urinário antes do CVI, sendo que as substâncias mais utilizadas para tal foram: água e sabão. Entre todos os cuidadores, apenas um não realizou a higiene do meato urinário, uma vez que passou o cateter imediatamente após o banho do usuário. O uso de sabão neutro para lavar as mãos e para higienização do meato urinário antes da realização do CVI é uma das etapas preconizadas pelo Protocolo do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Betim, dispensando a utilização de antisséptico. Nesse aspecto, admite-se que a água e o sabão são suficientes para removerem os microrganismos que se encontram na superfície da pele, principalmente nas glândulas sudoríparas, sebáceas e folículos pilosos.¹⁴

Ao questionar sobre o não uso das luvas de procedimentos pelos cuidadores, estes responderam que receberam treinamento em hospital de reabilitação no qual os usuários estiveram internados e informaram que, por se tratar de ambiente domiciliar, não é necessário o uso de luvas, já que o domicílio possui menos riscos de infecção. Os cuidadores foram orientados a utilizarem luvas apenas em situações em que o usuário apresentar infecção urinária. Esse achado vem ao encontro do recomendado por Fera, Lelis e Glashan⁸ e ainda ao que é preconizado pelo protocolo do SAD Betim. Segundo estes, na prática do CVI, quando realizado pelo próprio usuário (autocateterismo) no domicílio, é necessária apenas a limpeza prévia das mãos com água e sabão. Afirmam, ainda, que o uso de luvas de procedimento deve ocorrer quando a prática for realizada pelo cuidador.

O uso de lubrificante foi uma prática utilizada por 67% dos cuidadores (Figura 1), pois relataram que facilita a passagem do cateter, uma vez que alguns usuários ainda possuem pequeno limiar de dor causada pela "bexigoma". Esse achado corrobora as afirmações de Moroóka e Fáro¹⁴, quando afirmam que o uso de lubrificante estéril e solúvel em água evita que ocorra traumatismo de uretra ao realizar o cateterismo.

Tabela 3 - Distribuição dos 06 cuidadores de usuários dependentes do CVI, segundo sexo, idade, escolaridade e grau de parentesco. Betim, 2009

Cuidadores	Sexo	Idade	Escolaridade	Situação ocupacional	Grau de Parentesco
A	F	38	2º grau incompleto	Do lar	Mãe
B	F	35	2º grau incompleto	Do lar	Mãe
C	F	57	1º grau incompleto	Do lar	Mãe
D	F	36	2º grau completo	Do lar	Irmã
E	M	45	2º grau incompleto	Ativo (vigia noturno)	Marido
F	F	29	1º grau incompleto	Estudante	Irmã

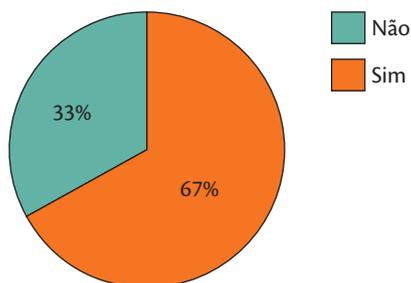


Figura 1 - Distribuição dos 06 cuidadores de usuários dependentes do CVI, segundo uso de lubrificantes para a introdução do cateter. Betim, 2009.

Em relação à posição mais confortável para a realização do cateterismo, houve equilíbrio na escolha, sendo que três realizaram somente deitados no quarto, onde foi encontrada uma cama hospitalar; e os outros três fizeram o procedimento sentados quando estavam tomando banho ou deitados quando estavam no quarto. Segundo o Protocolo do SAD Betim¹⁰, a posição deve ser escolhida de acordo com o conforto do usuário. Nos casos de usuários com comprometimento na medula, a posição indicada para a realização do CVI nos homens é a sentada e para as mulheres indica-se a sentada com os joelhos fletidos ou deitada.

Os dados revelam que um cuidador informou posicionar o pênis fazendo ângulo reto e o outro manteve o pênis lateralizado, conforme o conforto do usuário. Os demais participantes do estudo são mulheres e os cuidadores relataram a exposição da vulva e afastamento dos pequenos e grandes lábios para a introdução do cateter.

Os achados indicam que os recipientes utilizados para a drenagem da urina mais citados foram os recipientes de plástico, que consistem em um saco plástico graduado para mensurar o volume urinário ou ainda em um saco plástico qualquer (Tabela 4). Também foi observado o uso de recipiente de vidro ou a garrafa “pet” de refrigerante.

Tabela 4 - Distribuição dos 06 cuidadores de usuários dependentes do CVI, segundo recipiente utilizado para a drenagem da urina no cateterismo vesical intermitente. Betim, 2009

Recipiente	N	%
Coletor plástico	01	16,6
Vaso sanitário	01	16,6
Recipiente plástico	02	33,4
Outros	02	33,4
Total	06	100%

Segundo o Protocolo do SAD de Betim, o acondicionamento do cateter deve ser em um recipiente limpo com tampa e armazenado na geladeira ou em um local fresco, após a

higienização.¹⁰ Excetuando-se o saco plástico graduado, utilizado apenas por um cuidador, os demais recipientes não permitem exatidão na mensuração do volume drenado. A eliminação pelo vaso sanitário impossibilita caracterizar a cor ou verificar a existência de resíduos, prejudicando, assim, a percepção quanto aos sinais de infecção.

Observa-se, pelos dados, que a maioria dos cuidadores realiza a limpeza do cateter com água e sabão (Tabela 5). Apenas um cuidador não fez a reutilização do cateter, pois informou que a quantidade que chega para o usuário é suficiente para a realização do procedimento duas vezes ao dia.

Tabela 5 - Distribuição dos 06 cuidadores de usuários dependentes do CVI, segundo substância para limpeza do cateter para reutilização no CVI. Betim, 2009

Limpeza do cateter	N	%
Lava com água e sabão	04	66,7
Lava com água e ferve	01	16,6
Não reutiliza o cateter	01	16,6
Total	06	100%

As normatizações do SAD de Betim recomendam lavar o cateter, externo e internamente, com água e sabão neutro e ainda para a lavagem interna recomenda-se o uso de uma seringa de 10 ou 20 mL, enxaguar e secar em um pano limpo. Durante a realização do procedimento nenhum cuidador observou o uso de seringa para limpeza do cateter. O reaproveitamento do cateter é sugerido por Lápides *et al.*¹⁵ a partir da lavagem com água e sabão, seguida da imersão em água corrente, secagem e acondicionamento após cada execução do procedimento.

Os cuidadores citaram diversos materiais para o acondicionamento do cateter após a limpeza, desde pano limpo, passado a ferro, recipiente de plástico com tampa (pote de manteiga) e compressa (Tabela 6). Ressaltamos que apenas um usuário não faz a reutilização do cateter.

Tabela 6 - Distribuição dos 06 cuidadores de usuários dependentes do CVI, segundo respostas sobre acondicionamento do cateter reutilizado no CVI. Betim, 2009

Local	N	%
Pano limpo	01	16,6
Recipiente de plástico com tampa	03	50
Compressa	01	16,6
Não armazena	01	16,6
Total	06	100%

Em relação ao destino dos resíduos gerados com a prática do CVI no domicílio, a maioria dos cuidadores entrevistados informou desprezar os resíduos gerados no domicílio juntamente com o lixo doméstico e um declarou os resíduos no lote vago próximo de sua residência. Esses achados indicam a necessidade de ampliar a discussão quanto ao manejo dos resíduos gerados na assistência domiciliar.⁷

Ao questionar o cuidador se o usuário apresentou alguma infecção de trato urinário (ITU) após o uso do CVI e se está em uso de antibiótico nos últimos meses, as respostas obtidas foram variadas, porém se observa que todos apresentaram ITU, seja ela no início do uso do CVI, seja ela de repetição (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos 06 cuidadores de usuários dependentes do CVI, segundo respostas sobre infecção de trato urinário (ITU), nos últimos meses, nos usuários dependentes do CVI. Betim, 2009

Presença	N	%
ITU em uso de antibiótico no dia da visita.	02	33,4
ITU no início da realização de CVI.	01	16,6
ITU há 06 meses.	03	50,0
Total	06	100%

A maioria dos usuários portava o resultado de urina realizado recentemente, seja para comprovar a infecção ou para verificar sua ausência. Todos os usuários relataram ter feito o uso de antibiótico. Ao fazerem o seguinte questionamento “como saber se o usuário está com infecção urinária?”, verificou-se que a maioria dos cuidadores não reconhece a sintomatologia de uma ITU.

Para que o CVI seja realizado pelo cuidador domiciliar de forma segura e adequada, com a garantia da reutilização da sonda vesical de alívio sem risco de infecções, recomenda-se que o enfermeiro promova treinamento e oriente o cuidador quanto às técnicas limpas a serem utilizadas.

Foi perguntado ao cuidador se eles haviam recebido algum tipo de treinamento para realizar o CVI. A maioria afirmou ter recebido, mas apenas um revela ter sido capacitado por uma auxiliar de enfermagem da Unidade Básica de Saúde de referência. Os demais referiram ter acompanhado o usuário em sua internação em uma instituição da Rede de Hospitais de Reabilitação, onde foram capacitados pelo enfermeiro para realizarem tal prática; inicialmente assistiram à prática e em seguida realizaram sob supervisão do mesmo. Outra unidade hospitalar foi citada por um usuário como contribuinte para a capacitação.

Durante a observação da prática de CVI no domicílio, os cuidadores foram questionados quanto às dúvidas durante a realização dos primeiros CVIs e quem as sanou. Apenas o cuidador treinado por um membro da equipe de saúde da UBS manifestou dúvidas, que foram sanadas pelos próprios mem-

bros da equipe. Já os cuidadores treinados pela rede de hospitais de reabilitação reportaram-se sem dúvidas.

Esses dados reafirmam as proposições de Fera, Lelis e Glashan⁸ de que o enfermeiro “é responsável sobre a necessidade de realização do CVI, familiarização com a anatomia e fisiologia do sistema urinário, orientação verbal e demonstração do procedimento e supervisão da realização do cateterismo”.

A análise dos dados apresentados permitiu avaliar que as unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Betim estão funcionando como uma rede paralela ao serviço assistencial, fornecido pela instituição da Rede de Hospitais de Reabilitação (SARAH), sendo a unidade de saúde de referência apenas fornecedora de materiais (gaze, luvas de procedimentos, cateter, lubrificantes) para a realização da prática do CVI e o SARAH como uma instituição prestadora da assistência à saúde do usuário dependente dessa prática. Os cuidadores ressaltaram que foram habilitados pelo enfermeiro do Sarah para executarem o cateterismo vesical intermitente no domicílio. Além disso, os usuários, após a alta de internação, faziam acompanhamento semanalmente com urologista e fisioterapeutas.

Durante as entrevistas com os cuidadores apurou-se que há um limite para a construção das redes de atenção a partir da atenção domiciliar, o que exige uma abordagem e a atuação conjunta com as famílias e com as pessoas que estão sendo assistidas no domicílio.¹⁶ Embora a atenção domiciliar seja uma alternativa de assistência aos usuários que apresentam perdas funcionais, os serviços públicos de saúde não estão preparados para darem assistência integral ao usuário e ao familiar/cuidador.¹⁷

O programa de cuidados domiciliares do município de Betim, apesar de contar com protocolo e com um Serviço de Atenção Domiciliar, encontra-se atuando de forma desarticulada, não sendo capaz de assegurar a integralidade do cuidado aos usuários do domicílio, obrigando assim à procura de outras instituições que forneçam os serviços não ofertados.

O cuidado domiciliar é uma tecnologia na saúde que responsabiliza a família na assistência à saúde do ser cuidado¹⁷, o cuidador deve ser empoderado e encorajado pelos profissionais da saúde a exercerem práticas cuidativas, mas a equipe de saúde deve atuar como suporte dessa assistência.

Os cuidadores informaram terem sido treinados para a realização do cateterismo vesical intermitente (CVI). No entanto, ao questionarem o pesquisador quanto aos sinais de uma infecção urinária e a insegurança demonstrada por uma cuidadora ao dizer: “tenho medo de furar a bexiga dela”, revelaram que há necessidade de educação em saúde e não somente de treinamento tecnicista.

Advoga-se ao enfermeiro a responsabilidade de esclarecer as necessidades apresentadas pelos cuidadores na realização do CVI, como: a familiarização com a anatomia e fisiologia do sistema urinário, orientações verbais, demonstração de

procedimentos e supervisão na realização da prática. Mas para a identificação dessas dificuldades é necessário que o profissional da saúde se insira no contexto domiciliar onde se encontram o usuário e o cuidador.

O enfermeiro como membro da equipe do Programa Saúde da Família (PSF) deve buscar nesse modelo de assistência uma estratégia para atender às necessidades dos usuários que apresentam alguma dependência. Entretanto, essas necessidades são negligenciadas em função da falta de oportunidade e possibilidade em buscar atendimento em outros serviços, seja por dificuldade de mobilidade, seja pela oferta ainda insuficiente de serviços de saúde que deem conta desse perfil populacional.¹⁷

O enfermeiro como “agente do cuidado” e com toda a sua autonomia deve fundamentar o ensino do cateterismo vesical intermitente em uma atenção integral, que vise à corresponsabilidade da equipe de saúde, do cuidador/ familiar e do próprio usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo são parciais e refletem pequena parcela da população atendida nos serviços de atenção domiciliar. Frente a essas limitações, indica-se a realização de outros estudos sobre a temática que incluam novos e mais usuários dos serviços de atenção domiciliar e que abordem outras condições e necessidades de saúde desses usuários.

Apesar das limitações, o trabalho permitiu conhecer as técnicas utilizadas pelos cuidadores ao executarem a prática cuidativa de cateterismo vesical intermitente no domicílio do usuário. A prática é realizada por um único cuidador, sendo este membro da família.

Identificou-se que há uma transferência da prática de enfermagem para a residência associada ao dia-a-dia do usuário e do cuidador. Essa prática é executada por cuidadores que não possuem formação profissional, mas que utilizam a criatividade para readequar ao novo ambiente diferentemente do meio hospitalar.

Pelo fato da maioria dos cuidadores ter sido capacitada pela equipe de saúde de outra instituição, diferente da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar de Betim, os mesmos não seguem rigorosamente o protocolo técnico do município. Porém, por se tratar de uma prática realizada em atenção domiciliar, poucas foram as divergências encontradas nas técnicas utilizadas comparadas às preconizadas pelo protocolo.

A total transferência de responsabilidade dos profissionais para os cuidadores e as unidades de saúde do SUS consideradas pelos cuidadores como instituição fornecedora de materiais mostram que o Serviço de Atenção Domiciliar de Betim encontra-se insuficiente como rede assistencial. Não é, também, capaz de assegurar a integralidade do cuidado aos usu-

ários do domicílio, obrigando esse contingente a procurar outras instituições que forneçam os serviços não ofertados.

A infecção no trato urinário, na maioria dos usuários, reflete a necessidade de educação em saúde para cuidador e não somente treinamento técnico. Cabe ao enfermeiro, como membro de uma equipe de saúde do SUS, oferecer suporte educativo durante o período de uso do CVI pelo usuário. É necessário abordar a anatomia do sistema urinário, as orientações, a demonstração das técnicas e sempre realizar a supervisão da prática exercida pelo cuidador, levando-se em consideração a capacidade de entendimento do mesmo. Dessa forma, promove-se melhor entendimento da realização da prática e cria-se um vínculo entre cuidador-profissional-usuário, sem depender diretamente da assistência prestada por outra instituição.

Diante desse quadro, estabelece-se a necessidade de discussão sobre as estratégias a serem utilizadas para que os enfermeiros promovam educação em saúde para os cuidadores dos usuários dependentes do cateterismo vesical intermitente, a fim de encorajar e emponderar os mesmos a exercerem a prática cuidativa com mais segurança em benefício do ser cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Sena RR, Silva KL, Rates HR, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. *Cogitare Enferm.* 2006; 11:124-32.
2. Freitas IBA, Meneghel SN, Selli L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16:301-10.
3. Pires MRGM, Duarte EC, Gottens LBD, Figueiredo NF, Spagnol CA. Fatores associados a atenção domiciliar: subsídios a gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47:648-56.
4. Andrade AM, Brito MJM, Von Randow RM, Montenegro LC, Silva KL. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. *Rev Pesq Cuid Fundam.* 2013; 5:3383-93.
5. Kerber NPC, Kirchof AL, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cad Saude Publica.* 2008; 24:485-93.
6. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar em Belo Horizonte/MG: elementos para a mudança do modelo technoassistencial em saúde. *Rev Saude Publica.* 2010; 44:166-76.
7. Alves SB, Souza ACS, Tipple AFV, Rezende KCD, Rezende FR, Rodrigues EG. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65:128-34.
8. Fera P, Lelis MAS, Glashan RQ. Cateterismo vesical intermitente; aspectos práticos de enfermagem. *Rev Prática Hospitalar* 2000; 2(12):11-5.
9. Coli MC, Guimarães MM, Santos AB. Atenção domiciliar: uma nova perspectiva. Betim: Secretaria Municipal de Saúde; 1998. 10 p.
10. Betim. Secretaria Municipal de Saúde. Normatização de Procedimentos Técnicos no Serviço de Atenção Domiciliar: protocolo do serviço de atenção domiciliar. Betim: Secretaria Municipal de Saúde; 2007. 21 p.
11. Betim. Prefeitura de Betim. Proposta para Implantação do Serviço de Atenção e Internação Domiciliar no município de Betim: segundo normatização da portaria ministerial nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Betim: Secretaria Municipal de Saúde; 2008. 33 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

13. Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In*: Minayo MCS. (organizador). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010, p. 61-77.
 14. Moroóka M, Faro ACM. A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36:324-31.
 15. Lapidès J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. *J Urol*. 1972; 107:458-61.
 16. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34:111-7.
 17. Silva L, Silva MCLSR, Bousso RS. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela estratégia saúde da família. *REME - Rev Min Enferm*. 2010; 14:52-8.
-