



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA**

---

# **INSTRUÇÃO DE TRABALHO**

## **ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM NECESSIDADE DE CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE**

---

**LONDRINA – 2011**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ESTADO DO PARANÁ**

***EQUIPE RESPONSÁVEL***

**ORGANIZAÇÃO**

Eni do Carmo de Souza

**AUTORES**

Eni do Carmo de Souza – Enfermeira AMS

Mitiko Morooka – Docente – UEL

Simone Rodrigues Gonçalves- Enfermeira - DAS

**COLABORADORES**

Assessoria Técnica Administrativa DAS/DACA-SMS

Maira Sayuri Sakay Bortoletto- Enfermeira-DAS

Noemi Tateiwa Niekawa- Enfermeira – Hospital das Clínicas-UEL

Paulo Emílio Fuganti- Médico Urologista- Doutor

Raquel C. Guapo Rocha- Médica nefrologista DAS

Suzy Meire Barbosa dos Santos- Assistente Social- Hospital das Clínicas-UEL



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ESTADO DO PARANÁ**

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

**Prefeito**

Homero Barbosa Neto

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Secretária**

Ana Olympia M. Dornellas

**Diretoria de Ações em Saúde**

**Diretora**

Bruna Petrillo

**Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação**

**Diretora**

Maria Fátima I. Tomimatsu

Londrina, 2011.

## GLOSSÁRIO

- **Arreflexia Detrusora:** ausência contração músculo detrusor
- **Anúria:** Ausência de urina, menos que 50 ml/dia
- **Bexiga Neurogênia:** toda a alteração do funcionamento vesicoesfincteriano decorrente de problemas neurológicos.
- **Bexiga Espástica , Hipertônica ou hiperativa:** : Bexiga cujo detrusor faz contrações involuntárias , ocasionando na pessoa sensação ou necessidade freqüente de urinar durante o dia, noite, ou ambos
- **Bexiga Flácida, hipoativa ou arreflexa :** Bexiga incapaz de contrair (não contrátil) e incapaz de esvaziar adequadamente
- **Bexiga Hipocontrátil:** Músculo detrusor (bexiga) com pouca capacidade de contração
- **Bexiga Trabeculada:** Espessamento das fibras musculares do detrusor formando trabéculas típicas decorrentes da retenção crônica de urina.
- **Contração Esfincteriana Reflexa:** contração simultânea do detrusor e do esfíncter uretral
- **Detrusor:** Músculo da parede interna da bexiga
- **Disfunção Vesico Esfincteriana:** Disfunção que atinge a bexiga e esfíncter uretral externo
- **Disfunção Vesico Uretral:** Disfunção que atinge a bexiga e esfíncter uretral externo
- **Disreflexia Autonômica:** Síndrome associada com danos na medula espinhal acima do nível médio torácico, caracterizada por um aumento acentuado na resposta simpática a estímulos menores, como distensão retal ou da bexiga. As manifestações incluem hipertensão; taquicardia (ou bradicardia reflexa); febre; rubor e hiperidrose.
- **Dissinergia do detrusor:** O mesmo que Contração esfincteriana reflexa
- **Enurese:** é qualquer perda involuntária de urina.
- **Espasticidade muscular:** aumento do tônus muscular, no momento da contração, causado por uma condição neurológica anormal
- **Estudo Urodinâmico :** é o estudo dos fatores fisiológicos e patológicos envolvidos no armazenamento, transporte e esvaziamento do trato urinário inferior (bexiga e uretra). É indicado para identificar as causas de incontinência urinária.
- **Hidronefrose:** Distensão da pelve e cálices renais pela urina, em conseqüência da obstrução ureteral
- **Hiperatividade do detrusor:** Diagnóstico urodinâmico onde aparece contrações involuntárias do detrusor . O mesmo que bexiga hiperativa ,caracterizada pela sensação ou necessidade freqüente de urinar durante o dia, noite, ou ambos.
- **Incontinência Urinária:** Perda involuntária de urina , resultado de lesão do esfinter urinário externo, doença neurogênica adquirida ou infecções graves
- **Mielodisplasias:** defeito da coluna vertebral, entre as quais a mielomeningocele é a mais freqüente.
- **Mielomeningocele:** Fechamento incompleto do canal vertebral (coluna vertebral).
- **Oligúria:** pouca urina, menos que 400 mls/dia
- **Urgência Urinária:** Forte desejo de urinar
- **Reflexo bulbocavernoso:** Contração do músculo bulbocavernoso (que no homem circunda e comprime o bulbo da uretra e na mulher comprimi a vagina), o qual se observa quando aperta-se a glândula do pênis ou clítoris o que imediatamente causaria a contração do ânus se a função dos nervos estiver normal
- **Uretrocistografia Miccional :**Exame radiológico do trato urinário baixo (uretra e bexiga) realizado através da sondagem vesical e introdução do meio de contraste iodado, obtendo-se imagens em repouso e durante a micção.Utilizado para o diagnóstico de refluxo vésico-ureteral entre outras.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACVI: Auto-cateterismo vesical intermitente

ACVI-TL: Auto-cateterismo vesical intermitente técnica limpa

BN: Bexiga Neurogênica

DVE: disfunção vesico esfinteriana

ITU: Infecção do trato urinário

SVD: Sonda vesical de demora

TRM: trauma raquimedular

UI: Urina I

USG: Ultra sonografia

## SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	8
2	JUSTIFICATIVA	9
3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4	REVISÃO ANATÔMICA E FISIOLÓGICA DO SISTEMA URINÁRIO	10
5	CLASSIFICAÇÃO DAS DISFUNÇÕES VESICO-ESFINCTERIANA	13
6	CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE E A TÉCNICA LIMPA	17
7	INDICAÇÃO DO ACVI-TL	18
8	VANTAGENS DO ACVI-TL	19
9	OBJETIVO A ALCANÇAR COM CVI	19
10	CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DO ACVI-TL	19
11	O PROCEDIMENTO	20
12	HIGIENIZAÇÃO DO CATETER	23
13	EVENTOS QUE PODEM OCORRER ACVI-TL	24
14	POSSÍVEIS DIFICULDADES ORIENTAÇÃO ACVI-TL	24
15	ORIENTAÇÕES GERAIS ACVI-TL	24
16	O FORNECIMENTO DE MATERIAL	25
17	SINAIS E SINTOMAS DE ITU NO PACIENTE COM DVE	25
18	FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO E MANEJO CLÍNICO	28
18.1	ATENDIMENTO AMBULATORIO- SABEN - CISMENPAR	29
18.2	FLUXO ACOMPANHAMENTO NA UBS	30
18.3	ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES PARA ACVI OU CVI	31

ANEXOS	Anexo 1 – Orientação ao usuário – auto-cateterismo em mulheres	32
	Anexo 2 – Orientação ao usuário – auto-cateterismo em homens	33
APÊNDICE	Apêndice 1 – Exames complementares aos pacientes com DVE	34
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

## 1- INTRODUÇÃO

Esta Instrução de trabalho destina-se aos profissionais das equipes de Saúde da Família, médicos, auxiliares de enfermagem e especialmente enfermeiros do Serviço Municipal de Londrina e tem por objetivo sistematizar os procedimentos considerados mínimos para uma melhor assistência à pessoa com necessidade de cateterismo vesical intermitente (CVI) .

Atualmente vem aumentando consideravelmente o número de usuários que requerem este procedimento, em parte por decorrência do trauma raquimedular (TRM) que teve um significativo aumento à partir do crescimento da violência urbana, bem como a facilidade do acesso a bens de consumo como automóveis e motocicletas, expôs um maior percentual da população a este tipo de lesão. No Brasil todos os anos são cerca de 4.500 casos novos de TRM. Em geral são pessoas jovens com idade média de 25 anos, sexo masculino (65%), provocado por projéteis de arma de fogo , acidente automobilístico e mergulho, sendo que dos sobreviventes 70% tornam-se paraplégicos<sup>(1)</sup>. Estas pessoas terão como uma das seqüelas a disfunção vesicoesfincteriana(DVE), neste caso, de origem neurológica , denominado também de bexiga neurogênica (BN). Fazem parte deste grupo também as pessoas com seqüelas pós acidente vascular cerebral (AVC), crianças e adolescentes com mielomeningocele e outros com tumores malignos.

Quando a DVE não é de origem neurogênica ,é chamada secundária a anormalidades estruturais do trato urinário (válvulas anômalas,dilatações, duplicações e estenoses), a alterações da função muscular (enfraquecimento do assoalho pélvico) e a perturbações psicológicas. Nestes casos o diagnóstico em geral é tardio, já que os sintomas podem ser bastante inespecíficos como infecções trato urinário (ITU) freqüentes, persistência das perdas urinárias e outras queixas .<sup>(10)</sup>

**O indivíduo com DVE , especialmente os de origem neurogênica (BN), independente de seu diagnóstico inicial é um paciente que requer do serviço de saúde uma especificidade de atendimento. Seu prognóstico está relacionado com a precocidade do diagnóstico e adequado tratamento para reduzir infecções urinárias e preservar o trato urinário superior.** Para tanto , a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e especialmente a enfermeira, a quem compete em primeiro plano as orientações em relação a reabilitação vesical bem como o suporte educativo aos paciente e familiares para o desenvolvimento do auto-cuidado. no domicílio <sup>(2)</sup> deve estar minimamente preparada para prestar-lhe a assistência que colabore para sua promoção, recuperação e manutenção satisfatória da qualidade de vida.

## 2- JUSTIFICATIVA

Em uma época que na saúde fala-se tanto de atendimento integral, parece simplista demais fazer uma rotina que restringe-se apenas a um procedimento, no caso o cateterismo vesical intermitente (CVI) . Contudo esta necessidade foi sentida a partir do cotidiano dos autores, colaboradores e tantos outros profissionais de saúde que intrigaram-se com a diversidade de orientações e condutas que cada usuário recebia dependendo do serviço de saúde que prescrevia-lhe o procedimento ou até mesmo do profissional médico ou equipe de enfermagem que o assistia. Assim, todos os envolvidos eram afetados com a falta de sistematização do atendimento. Para os gestores da atenção básica a falta de padronização dos insumos em variedade e quantidade causava dificuldade na manutenção do estoque bem como oneração nos custos de fornecimento destes. Os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem muitas vezes não tinham clareza dos critérios utilizados já que para alguns pacientes era solicitado o cateterismo vesical intermitente (CVI) com os rigores assépticos da técnica estéril ( uso de luva e cateter estéril, solução tópica) outros o faziam parcialmente ( apenas cateter estéril) , mas alguns pouco eram orientados quanto a técnica limpa ( reutilização de cateteres). Mas, sobretudo aos usuários, era sentida a falta de orientações pertinentes ao caso ou por variedade e desencontros de informações a que estava exposto, dificultando-lhe um acompanhamento efetivo de promoção e recuperação à saúde.

### 3-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a equipe PSF quanto a importância na orientação e condução do auto-cateterismo;
- Instrumentalizar a enfermeira bem como demais da equipe para responder questionamentos relacionados à técnica do auto-cateterismo;
- Sistematizar a técnica limpa como primeira escolha para o auto-cateterismo;
- Reduzir gastos relacionados ao uso indiscriminado de cateteres;
- Para o paciente <sup>(1,2)</sup>
  - Diminuir incidência por Complicação da Retenção Urinária : hidronefrose, bexiga trabeculada, cistite;
  - Reduzir incidência de episódios de infecção do trato urinário preservando o sistema urinário superior e inferior;
  - Prevenir cálculo renal ;
  - Prevenir perda da função renal;
  - Prevenir lesões cutâneas decorrente uso indevido de sonda vesical de demora;
  - Prevenir constrangimento de perda involuntária de urina

### 4- BREVE REVISÃO ANATÔMICA E FISIOLÓGICA DO SISTEMA URINÁRIO <sup>(4,5,6)</sup>

Para melhor compreensão das situações que envolvem as disfunções vesico-uretral , faremos aqui uma breve revisão da anatomia do aparelho urinário e da fisiologia que envolve o processo de micção.

O sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Possuem a função de regulação, liberação e excreção, tendo como produto final um ultrafiltrado de plasma, a urina.

#### **Os rins**

Os rins são órgãos pares com peso médio de 125 g, que basicamente possuem a função de regulação da composição hidroeletrólíticas dos líquidos corporais, a remoção de produtos finais de metabolismo e sangue; regulação da pressão sanguínea. do sangue além de fazer liberação dos

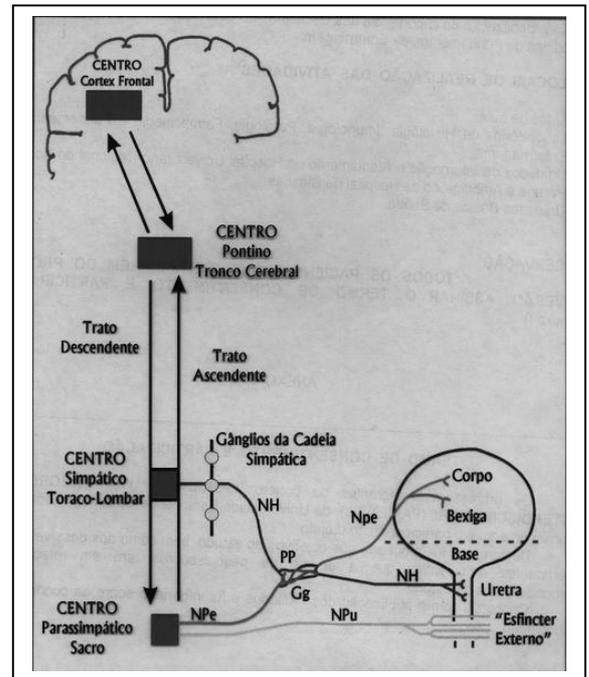
hormônios calcitriol, a forma ativa da vitamina D que ajuda a homeostasia do cálcio e da eritropoetina que estimula a produção de glóbulos vermelhos.

### Ureteres

É um longo tubo fibromuscular de cerca de 25 cm. Que conecta cada rim a bexiga sendo responsável pelo transporte da urina da pelve renal à bexiga.

### Bexiga

É uma câmara formada por musculatura lisa chamado de detrusor, responsável pelo esvaziamento da bexiga durante a micção. Localizada anteriormente ao reto e ao útero respectivamente no homem e na mulher. É composta por duas porções principais, o corpo onde se acumula a urina e o colo que se conecta a uretra.



Fonte: Dancona 1999

A parede da bexiga contém densa inervação simpática e parassimpática, que atuam sob o músculo detrusor. Esta musculatura normalmente está relaxada, com exceção da que forma o esfíncter interno, normalmente contraída. A inervação da bexiga se dá principalmente pelo nervos pélvicos, mas também nervo hipogástrico e nervo pudendo que estão ligados à medula espinhal” (5)

A bexiga tem a função e a capacidade de armazenamento da urina que pode chegar a 700-800 ml, porém com cerca de 400 ml há uma intensa sensação de enchimento. (5) Em geral toda a urina é eliminada, raramente permanecendo 5-10 ml. na bexiga.

### Uretra

Formado por tecido conjuntivo, muscular e mucoso a uretra possui tamanho, função e forma distinta entre homem e mulher. No sexo masculino possui cerca de 15 cm, duas curvaturas que a deixa com aspecto geral de “S *italico*” responsável pelo transporte ao exterior de sêmen (ejaculação) e urina. Já no sexo feminino sua medida não passa de 4 cm, transporta apenas urina e possui a forma tubular retilínea. O esfíncter urinário externo é circundado por um músculo voluntário que controla a micção.

### **A formação da urina <sup>(5)</sup>**

O processo de formação da urina inicia-se no glomérulo, início do néfron onde à medida que sangue passa vai ocorrendo a filtração deixando passar a água, eletrólitos e outras pequenas moléculas, retendo as grandes moléculas, como glicose , parte da uréia, creatinina, ácido úrico e outras. Assim a partir da filtragem de cerca de 180 litros de plasma é formado a urina numa média diária de 1.200 mls.

A urina formada pelo rim chega à bexiga através dos ureteres, facilitado por ondas peristálticas unidirecional. Porém caso a bexiga esteja hiperdistendidas, a pressão irá aumentar e ocorrendo um refluxo da urina para ureteres chegando até aos rins podendo ocorrer uma pielonefrite ou hidronefrose.

### **Fisiologia da micção <sup>(5)</sup>**

A micção pode ser definida como um processo indolor que envolve o enchimento e esvaziamento da bexiga. Estas duas etapas ocorrem de forma autonômica, porém também pode ser inibido ou facilitado por centros situado no córtex cerebral . Quando a bexiga se enche em torno de 100-150 ml, receptores da sua parede enviam a mensagem para o cérebro de que a urina precisa ser eliminada, sentimos então o desejo de urinar. Mas se não estivermos em local ou hora adequados iremos inibir esse reflexo até encontrarmos condições adequadas para a eliminação da urina, o que aprendemos desde crianças. Em geral com 400 ml há a sensação de plenitude vesical, ainda que sua capacidade possa chegar a 700 ou 800 ml. Assim a capacidade em acumular e armazenar urina adequadamente exige três componentes básicos:

a)- Pressão na Bexiga: a musculatura lisa da bexiga permite a sua distensão mantendo uma pressão interna baixa. As primeiras sensações de enchimento ocorrem o volume chega 100-150 ml. Geralmente o desejo de urinar é percebido quando a bexiga contém aproximadamente 200-300 ml.

b)- Controle muscular: A eliminação da urina é controlada por contração do esfíncter uretral externo que é inervado pelos nervos da região sacra da medula. O controle voluntário deste músculo é algo aprendido na infância. Quando há o desejo de urinar o esfíncter uretral externo se relaxa , o músculo detrusor ( bexiga) se contrai e expelle a urina através da uretra.

c)- Controle neurológico: A contração do músculo detrusor é regulada por um reflexo que é integrado no nível sacral, envolvendo o sistema parassimpático. Assim se ocorrer lesão dos nervos pélvicos para bexiga e esfíncter os controles voluntários bem como o reflexo da micção

são abolidos e a bexiga ficará superdistendida por urina. Porém caso a lesão medular ocorre em nível acima ( do cérebro para o sistema urinário), a contração reflexa da bexiga será mantida, mas perde-se o controle voluntário sobre o processo. Em ambos os casos pode ocorrer a contração detrusora porém insuficiente para esvaziar completamente.

## 5- CLASSIFICAÇÃO DAS DISFUNÇÕES VESICO-ESFINCTERIANAS

As DVE podem ser definida como uma alteração funcional que ocorre durante a fase de enchimento ou de esvaziamento da bexiga, podendo estar ou não relacionada a alterações anatômicas ou lesões neurológicas. Dependendo do tipo da lesão que a acometeu a disfunção vesical, resultará em dois tipos de bexiga ( espástica ou flácida). A curto, médio ou a longo prazo desenvolverá alterações funcionais da bexiga ( músculo detrusor) e uretra (esfincteres), que podem ser diagnosticadas por meio do estudo urodinâmico . Assim para facilitar a compreensão das DVE, listamos abaixo as diferentes classificações<sup>(1,7)</sup>

### 5.1- Classificação das DVE conforme a ORIGEM

Origem	Causa
Neurológica ( bexiga neurogênica)	Congênita: Mielodisplasias: milelomeningocele
	Adquirida : - TRM - AVC - Esclerose múltipla -Tumores - Neuropatias periféricas (ex: DM)
Não neurológica	secundária a anormalidades estruturais do trato urinário: - Anomalia uretral - Dilatações e estenoses uretral; - alterações da função muscular (enfraquecimento do assoalho pélvico) - Perturbações psicológicas

## 5.2- Classificação DVE quanto ao TIPO DE BEXIGA <sup>(7)</sup>

Dependendo da lesão o indivíduo acometido por uma DVE pode ter dois tipos de bexiga : Reflexa (espástica) ou autônoma (flácida) . Estas alterações vesicais fazem com que o processo de esvaziamento se de forma diferenciada como descreveremos a seguir:

<b>Tipo de Bexiga</b>	<b>Sinais e sintomas</b>	<b>Causa</b>	<b>Como se dá a fisiologia do Esvaziamento</b>
Reflexa ou espástica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expulsão não controlada da urina com esvaziamento incompleto</li> <li>- Falta de sensação de bexiga cheia.</li> </ul>	Lesão acima do nível sacral (TRM supra –sacral, neuropatia, AVC, Parkinson, esclerose múltipla)	Quando ocorre acúmulo de urina na bexiga, a sensação de bexiga cheia partirá em direção ao cérebro. Como existe uma lesão medular, esta sensação será interrompida no ponto da lesão. Porém O aviso de bexiga cheia, ao chegar na medula, imediatamente colocará em ação o arco reflexo, ou seja, provocará o funcionamento da bexiga através deste estímulo recebido, fazendo com que a bexiga contraía e o esfíncter relaxe, para que haja o esvaziamento, independente da vontade da pessoa e do controle da pessoa.
Flácida ou autônoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enchimento excessivo e distensão bexiga.</li> <li>- Falta de sensação de bexiga cheia.</li> </ul>	Quando há lesão nível sacral, (S 2,3,4) abaixo ou lesão nervosa periférica. (mielomeningocele, TRM infra-sacral)	Na bexiga flácida os reflexos não estarão presentes. Esta bexiga terá uma grande capacidade de extensão e acúmulo de urina, pois não existe o arco reflexo para que a bexiga se contraía, o esfíncter relaxe e haja um esvaziamento espontaneo. Pode acontecer um gotejamento ou pequena perda de urina, caso a bexiga esteja muito cheia.

### 5.3- Classificação DVE quanto as ALTERAÇÕES FUNCIONAIS:

O indivíduo com DVE com bexiga reflexa ou autônoma pode desenvolver alterações funcionais da bexiga e uretra, os quais determinará os cuidados e tratamento. Para a tomada de decisão terapêutica o médico especialmente o urologista analisa a situação baseado no estudo urodinâmico, exame radiológico, ultra-sonografia ou pelo comportamento clínico. O que torna possível a avaliação de dois fatores sendo:

1- **Capacidade funcional da bexiga**: capacidade funcional: entende-se o volume suportado pela bexiga, mantendo pressões baixa em seu interior. Pequena capacidade funcional seria a insuficiente para permitir períodos de continência socialmente aceitáveis.

#### 2- comportamento esfinteriano:

2.1- **baixa resistência uretral**: baixa capacidade do esfíncter uretral externo em opor-se ao esvaziamento

2.2- **alta resistência uretral**: alta capacidade do esfíncter uretral externo em opor-se ao esvaziamento

\* outras formas de tratamento para DVE podem incluir de forma temporária ou não o uso de fraldas, coletores externo (“jontex”), e

Forma básica da disfunção	Condição do paciente	Cuidados	tratamento
pequena capacidade funcional e baixa resistência uretral	Perda de urina com facilidade	Uso de fraldas ou coletores externos para homens	Cirurgia para aumento da capacidade funcional da bexiga e aumento da resistência uretral
pequena capacidade funcional da bexiga com alta resistência uretral ao esvaziamento.	- Alta pressão intravesicais - Resíduo urinário após micção - Perdas urinarias,		Cirurgia para aumento da capacidade funcional da bexiga
-grande capacidade funcional da bexiga e baixa resistência uretral	Perda de urina com facilidade		- Exercícios fisioterápicos e/ou Cirurgias para aumento da resistência uretral
grande capacidade funcional com alta resistência uretral.	- Há períodos de continência durante os quais acumula-se urina em boas condições pressóricas	- ACVI-TL - Não deixar exceder a capacidade para que não haja perda por extravasamento	cirurgias para diminuição da resistência uretral ao esvaziamento

#### 5.4- Classificação DVE quanto ao DIAGNÓSTICO URODINÂMICO \* (1,7)

O quadro relaciona os principais diagnósticos verificado pelo estudo urodinâmico, tipo de bexiga, causa, sinais e sintomas, complicações, tratamento.

<b>Diagnóstico urodinâmico</b>	<b>Definição</b>	<b>Causas</b>	<b>Sinais e sintomas</b>	<b>Complicações</b>
Hiperreflexia do detrusor com coordenação dos esfíncteres.	contrações involuntárias do detrusor, porém com coordenação de esfíncter uretral interno e externo	Lesões medulares supra sacral: TRM , AVC, neuropatias, parkinsonismo, esclerose múltipla	- Polaciúria  ( aumento do desejo urinar)  -noctúria: ( urgência miccional noturna)	- Refluxo vesico-urinário  - deterioração do trato urinário superior:
Hiperreflexia do detrusor e dissinergia do esfíncter externo)	A contração vesical é acompanhada por contração indevida do esfíncter externo funcionando como uma obstrução infra-vesical.	Lesões alta T6 –T12 completas causadas por trauma, mielite transversa	Estes pacientes não apresentam desejo miccional, nem conseguem desencadear a micção.	-Produção resíduo pós-miccional, refluxo vésico-ureteral e ureterohidronefrose
- Dissinergia detrusor-esfincteriana	Há contração do detrusor e do esfíncter ao mesmo tempo	TRM, parkinsonismo, esclerose múltipla, mielodisplasia	Sintomas obstrutivos: funcional: jato fraco, hesitação, esforço miccional, gotejamento terminal	
Arreflexia detrusora:	ausência de contração detrusora.	mielodisplasias, hérnia de disco, trauma, diabetes  Comum no período de choque medular ( até 2 meses do TRM)	quadro de retenção associado à falta de sensação ao enchimento vesical, necessitando drenagem.	- Grandes volume vesical ocorrendo o esvaziamento por transbordamento

\* Estudo urodinâmico: Consiste no estudo funcional do trato urinário baixo, compreendendo as fases de enchimento e esvaziamento vesicais, avaliados pela medidas das pressões vesical, uretral e abdominal, à partir da introdução de sondas na bexiga, uretra e ampola retal.

## 6- O CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE E A TÉCNICA LIMPA

**O Cateterismo Vesical Intermitente (CVI)** é um procedimento periódico onde se introduz um cateter pela uretra até a bexiga para esvaziá-la, permitindo alguma distensão da bexiga, o que representa o estímulo fisiológico para a micção e emite impulsos apropriados para o núcleo espinhal de controle vesical promovendo desta forma o retorno da atividade do músculo detrusor. <sup>(3)</sup> Sempre que não tenha contra indicações e em pessoas capazes (crianças a partir de 7 anos com bom desenvolvimento cognitivo) o próprio paciente é estimulado a fazer o procedimento, chamado então de **auto-cateterismo vesical intermitente-ACVI**.

Na impossibilidade disto um cuidador é treinado. Desde 1944 Guttman <sup>(3)</sup> seguido de outros pesquisadores descreveram e avaliaram a efetividade deste método para tratamento de disfunções vesico-esfincteriana.

### A Técnica Limpa

A cateterização vesical no ambiente do serviço de saúde (hospitalar ou UBS) deve seguir a técnica asséptica. Já no domicílio é possível utilizar o chamado **Método de Lápides** ou de **técnica limpa**, criado em 1972 por J.Lapides, consiste em passar um cateter vesical sem utilizar-se de recursos como antisséptico tópico (PVPI), máscara ou luvas. E os cateteres (sondas) podem ser reutilizadas por várias vezes sem prejuízo para o usuário.

Isto é possível porque segundo o autor, “a técnica limpa” ACVI-TL mantém a bexiga em um estado fisiológico próximo ao normal. O que significa que apesar de introduzir um certo número de bactérias na bexiga, a própria resistência tecidual do paciente impediria que se instalasse uma infecção. Esta resistência é obtida através de um adequado fluxo sanguíneo tecidual, que por sua vez é mantido normal se for evitada a superdistensão da bexiga e grandes aumentos de pressão intravesical. (LAPIDES, 1972). A efetividade desta técnica foi comprovado por várias pesquisas nacionais e internacionais e hoje há inúmeros autores que relatam sobre as vantagens de sua utilização. <sup>(1,2,3,4,6,8,9)</sup>.

*“ Os pacientes são instruídos a lavar e enxaguar o cateter e suas mãos com água e são antes e depois da cateterização. O cateter pode ser secado e guardado em uma bolsa adequada ou sacola ou até embrulhado em papel toalha para o próximo uso. (...) O mesmo cateter pode ser usado por várias semanas, devendo ser trocado mensalmente”*

I Consenso de Uroneurologia, Disfunções Miccionais, 1999 pg. 43

Como documentado, o ACVI-TL é um procedimento sendo simples, seguro e baixo custo.

## 7- INDICAÇÕES DO AUTO-CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE TÉCNICA LIMPA (ACVI-TL) <sup>(2,9,5)</sup>

A finalidade do CVI é manter o reservatório urinário sob baixa pressão, preservar o trato urinário inferior e superior e promover a micção por cateter com intervalo regular mais próximo ao estado fisiológico. <sup>(5)</sup>. Desta forma o CVI está indicado em quase todas as disfunções vesicoesfinterianas que levam a dificuldades no esvaziamento da bexiga, seja temporariamente ou não.

### ➤ **A curto prazo ( temporariamente)**

Algumas situações requerem que se faça o procedimento por um período definido como:

- Retenção urinária pós-operatória
- Retenção puerperal
- Choque medular
- Retenção urinária por causa psicogênica
- Disreflexia autonômica: Síndrome associada com danos na medula espinhal acima do nível médio torácico (T12), caracterizada por um aumento acentuado na resposta simpática a estímulos menores, como distensão retal ou da bexiga. As manifestações incluem hipertensão; taquicardia (ou bradicardia reflexa); febre; rubor e hiperidrose

### ➤ **A longo prazo**

- Bexiga neurogênica\*
  - Congênita: - mielodisplasias: defeito da coluna vertebral, entre as quais a mielomeningocele é a mais freqüente.
  - Adquirida: - trauma raqui-medular
  - acidentes vasculares cerebrais (AVC)
  - esclerose múltipla
  - Tumores
  - neuropatias periféricas : ex. diabetes mellitus
- Outros problemas com bexiga: neoplasias, grandes resíduos, baixa complacência, pressão de esvaziamento elevada, Bexiga hipocontrátil
- Deterioração do trato urinário superior.

## **8- VANTAGENS DO ACVI-TL:**

- Com um bom treinamento este é um procedimento de fácil execução pelo paciente ou cuidador;
- Permite uma reabilitação vesical em muitos casos (em torno de 70% dos pacientes com TRM que faz ACVI após um período médio de 78 dias apresentam um reflexo vesical satisfatório, tornando-os capazes de esvaziarem a bexiga sem o uso de cateteres) <sup>(11)</sup>
- Reduz os episódios de ITU;
- Previne a deterioração renal;
- É de baixo custo;
- Melhora a auto-estima (não precisa ficar com sonda vesical de demora ou diminui a perda espontânea de urina);
- Melhora a qualidade de vida.

## **9- OBJETIVOS A ALCANÇAR COM O CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE**

- Esvaziar a bexiga de modo regular e completo;
- Prevenir o refluxo vesico uretral
- Manter a urina limpa;
- Preservar a capacidade e a musculatura normal da bexiga;
- Permanecer seco;
- Reabilitação da bexiga.

## **10-CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DO AUTO-CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE (AVCI):**

- Possuir médico prescritor responsável
- Boa capacidade de armazenamento da bexiga
- Adesão/ interesse pelo procedimento;
- Ter compreensão (cognitiva);
- Boa destreza manual (movimento de pinça ou se consegue cortar alimentos, alimentar-se ou escrever);
- Ter dorso-flexão (conseguir ficar sentado)

Em resumo para o sucesso do ACVI é necessário basicamente 4 critérios: motivação , compreensão, mobilidade e destreza manual. Crianças à partir de 7 anos com bom desenvolvimento cognitivo devem ser incentivado a realizar o auto-cateterismo

**OBSERVAÇÃO**

Na impossibilidade do paciente realizar o procedimento (ACVI-TL) um cuidador próximo deve ser treinado

## **11- O PROCEDIMENTO:**

### **AUTO-CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE – TÉCNICA LIMPA (ACVI-TL)**

#### **11.1- Abordagem Inicial do Paciente**

A técnica do cateterismo vesical intermitente deve ser amplamente discutida com o paciente e/ou seu cuidador. Em geral apesar do receio e ansiedade inicial a maioria colabora se entende seu estado clínico. Por isso orientamos que enfermeira faça esta orientação em local preferencialmente calmo, privado e descontraído. (Se domicílio solicitar que fique apenas o cuidador se for o caso). O Procedimento deve ser apresentado como algo positivo e que irá melhorar a qualidade de vida, além de prevenir a perda renal e não como algo limitante.(Ver anexo 1 e 2: Instruções a serem dadas aos pacientes)

#### **11.2- Material empregado**

Reunir todos os materiais a serem utilizados para o procedimento como: sonda uretral, recipiente graduado (por ex: frasco de soro cortado) para medir o volume da urina (residual), pomada anestésica, lixeira. Para mulheres também recomenda-se um espelho e uma lanterna.

**11.3- O Preparo:** Retirar acessórios como: anéis, relógio, pulseiras, quando possível a pessoa deverá fazer micção espontânea no banheiro antes do cateterismo vesical;

**11.4- Higiene das mãos:** Lavar com água e sabão, esfregando uma na outra em todos os lados (cima, baixo, laterais), o punho, a ponta dos dedos e entre eles.

Enxaguar bem em água corrente, também esfregando uma mão na outra.

Secar em toalha limpa.

Tempo de duração da lavagem das mãos: 2 minutos!!!

### 11.5- Higiene da Genitália

Limpar bem o períneo (área que se estende da genitália até o ânus) com água, sabonete e esponja, se estiver em casa. Se estiver fora de casa, pode usar um lenço umedecido ou gaze.

No sexo feminino, a higiene é feita de frente para trás, abrindo os grandes e pequenos lábios e limpando ao redor do meato uretral. Uma vez limpa e seca a genitália, expor e visualizar bem o meato urinário afastando os grandes lábios com o dedo indicador e polegar da mão não dominante. Até que se habitue, a princípio quando adulta, pode ser necessário uso de uma lanterna e um espelho.



No sexo masculino: Retrair o prepúcio (pele que reveste o pênis) até a completa exposição da glândula. Lavar com água, sabonete e gaze ou esponja própria, e enxugar com toalha limpa. Posicionar o pênis perpendicular ao corpo (nem em direção a perna, nem ao umbigo);



### 11.6- Posição

Sexo feminino: semi-sentada, se for em casa, com as pernas fletidas e joelhos separados e em pé, se estiver fora de casa, (caso seja possível).

Sexo masculino: sentado ou em pé dependendo da idade e grau de dependência; (para facilitar maior independência em passeios).

### 11.7- Cateterização

a- Segurar a sonda pela parte inferior

b- . Colocar gel anestésico na outra extremidade, sem que o tubo encoste na sonda e desprezando a porção inicial para evitar contaminação;



c- Visualize o meato uretral;

d- Com a mão dominante, introduza o cateter uretral vagarosamente, até a saída da urina;

Após a introdução da sonda e posterior aparecimento da urina deixe-a escoar no recipiente próprio graduado (frasco de soro ou jarra), ou conforme a idade, grau de dependência e local, pode levantá-la com cuidado, fazendo uma dobra na sonda que ficou para fora e segurando-a, poderá levar a criança ao banheiro, permitindo que a urina saia o mais naturalmente possível.



e- Quando a urina parar de sair introduza mais 2 cm da sonda, e faça uma leve compressão sobre o abdome para o completo esvaziamento da bexiga e retire a sonda vagarosamente;

As manobras de *piparote crede* ou *valsalva*, devem ser realizadas somente se indicadas pelo médico. (tipos de manobras no final \*\*\*).



### 11.8- Verificação do Volume Urinário:

As características da urina é indicador da função renal, por isto deve ser observado quanto ao volume, cor, odor e características da urina. Anote no caderno, ou folha própria de registro. Conforme o exemplo abaixo:

Data	Horário	Volume	Cor	Observações

## 12- HIGIENIZAÇÃO DO CATETER:

### 12.1-Crianças menores de 12 anos:

Tendo em vista que calibres de sondas menores possuem lúmen estreito, o que dificulta a limpeza, recomendamos que seja desprezado após o uso.

### 12.2- Para maiores de 12 anos:

Conforme discutido no item 4 “A técnica limpa”, o cateter utilizado para CVI pode ser reutilizável devendo proceder da seguinte forma:

- a- Lavar o cateter em água corrente com sabão ( preferencialmente líquido) imediatamente após o uso. Pode ser usado uma seringa de 20 mls
- b- Enxaguar com água corrente abundantemente;
- c- Com as mãos bem lavadas , pegar a sonda evitando tocar na parte que é introduzida e dá-se algumas sacudidelas na sonda para retirar o excesso de água;
- d- Embrulha-se numa toalha cor clara ou fralda de algodão que seja limpo e para uso exclusivo ( bem passado com ferro quente) que deverá ser trocado frequentemente;
- e- Guardar em um recipiente limpo e fechado tipo “tapperware”, gaveta ou outro local seguro do guarda roupa para que não fique exposta;
- f- O cateter poderá ser utilizado por até 1 mês e/ou devendo ser desprezado quando perceber que há perda do aspecto inicial. No nosso serviço porém, orientamos que seja trocado a cada 7 dias .

### **13- EVENTOS QUE PODEM OCORRER NO PROCEDIMENTO DO ACVI**

- Reação alérgica a lidocaína gel (inchaço e lesões eritematosas ao redor do meato uretral);
- Presença de sangue em pequena quantidade na ponta do cateter;
- Obstrução do cateter pela entrada do gel de lidocaína, impedindo a drenagem urinária;
- Lesão traumática na uretra induzida pelo cateter em aproximadamente em 2%;
- Falha na drenagem de urina por obstrução do cateter pelo muco viscoso presentes na uretra ou na bexiga;
- Muito raramente, o cateter pode não possuir orifícios na sua ponta por defeito de fabricação.

### **14- POSSÍVEIS DIFICULDADES NA ORIENTAÇÃO DO ACVI-TL**

- A dificuldade mais freqüente é a visualização do meato uretral nas mulheres;
- Obesidade e idade avançada em mulheres;
- Falta de habilidade manual em realizar o movimento de pinça ao segurar o cateter;
- Dificuldade na progressão do cateter em homens com hiperplasia de próstata;
- Seguir horário pré-estabelecido no cateterismo.

### **15- ORIENTAÇÕES GERAIS AOS USUÁRIOS DE ACVI-TL**

- Orientar que quando possível a pessoa deverá fazer micção espontânea no banheiro antes do cateterismo vesical;
- Incentivar ingestão liberal de líquidos (se não houver contra-indicação por problemas renais) para reduzir a concentração de cálcio e conseqüentemente formação de cálculos ;
- Incentivar a deambulação ou movimentação dependendo do grau de dependência;
- Manter as unhas devem curtas e limpas para impedir a fixação dos microorganismos, desta forma após o cateterismo devem também ser lavadas cuidadosamente.

#### **OBSERVAÇÃO**

Alguns pacientes aprendem em apenas uma sessão de treinamento outros podem precisar de mais, por isso a necessidade de retornos periódicos para acompanhamento

## 16- FORNECIMENTO DE MATERIAL

Tendo em vista que orientamos a utilização da técnica limpa, segue abaixo uma padronização para solicitação de sondas. Lembramos que para pacientes novos adultos a enfermeira deverá fazer uma CI encaminhando para centrofarma. Para usuários abaixo de 12 anos ( não preconizado a reutilização do cateter) a CI deverá ser encaminhada à princípio para o Apoio Social-Vila da Saúde que fará a avaliação social da família , devolvendo para centrofarma para liberação do material. O fornecimento do mesmo seguirá os critérios abaixo

<b>Menores de 12 anos</b>	<b>Nº de sondas</b> = n° de cateterismos/dia x 30 dias, <b>Nº tubos de xylocaína</b> = Meninos 2 tubos/mês; = Meninas 1 tubo/mês.
<b>Maiores de 12 anos</b>	<b>Nº de sondas</b> = 10 sondas/mês <b>Nº tubos de xylocaína</b> = Homens 3 tubos/mês; Mulheres:1 tubo/ mês.

## 17- SINAIS E SINTOMAS DA ITU NO PACIENTE COM DISFUNÇÃO VESICOESFINTERIANA (DVE)

As alterações funcionais e estruturais da bexiga e uretra, nas DVE, além do uso de cateteres pode favorecer a ocorrência de episódios de Infecção do Trato Urinário (ITU), sendo esta a complicação mais freqüente em pacientes com traumatismo raquimedular (TRM). Nestes pacientes sob o uso de cateterismo intermitente ou coletor externo a incidência de bacteriúria é grande. Enquanto situações com febre e calafrios é perto de 2 /pessoa-ano. Apesar de altos estes valores são menores do que aqueles em sondagem vesical de demora. <sup>(8)</sup>. Sendo que a melhor forma de prevenir a ITU para pacientes em uso de CVI é realizar o procedimento nos horários estipulados.

### **Sinais e sintomas:**

Os sintomas clássicos da ITU inclui: disúria, urgência miccional, polaciúria . Contudo em pacientes com TRM estes sintomas podem estar completamente ausentes. Neste caso devem ser observados sinais como:

- calafrios;
  - náusea;
  - vômitos;
  - sudorese aumentada;
  - desconforto abdominal
  - sinais de disreflexia autonômica;
  - aumento da espasticidade muscular: ( aumento do tônus muscular, no momento da contração, causado por uma condição neurológica anormal)
  - dor
  - Urina turva (pela presença de piúria) e/ou avermelhada (pela presença de sangue).
- Estes sinais isoladamente ou em conjunto podem estar presentes na ITU. <sup>(10,11)</sup>

### **Exame Laboratorial**

#### 1. Exame de urina I com sedimento urinário.

Presença de piúria (leucocitúria), de hematúria e de bacteriúria. Os valores encontrados são, habitualmente, proporcionais à intensidade da infecção.

#### 2. Urocultura.

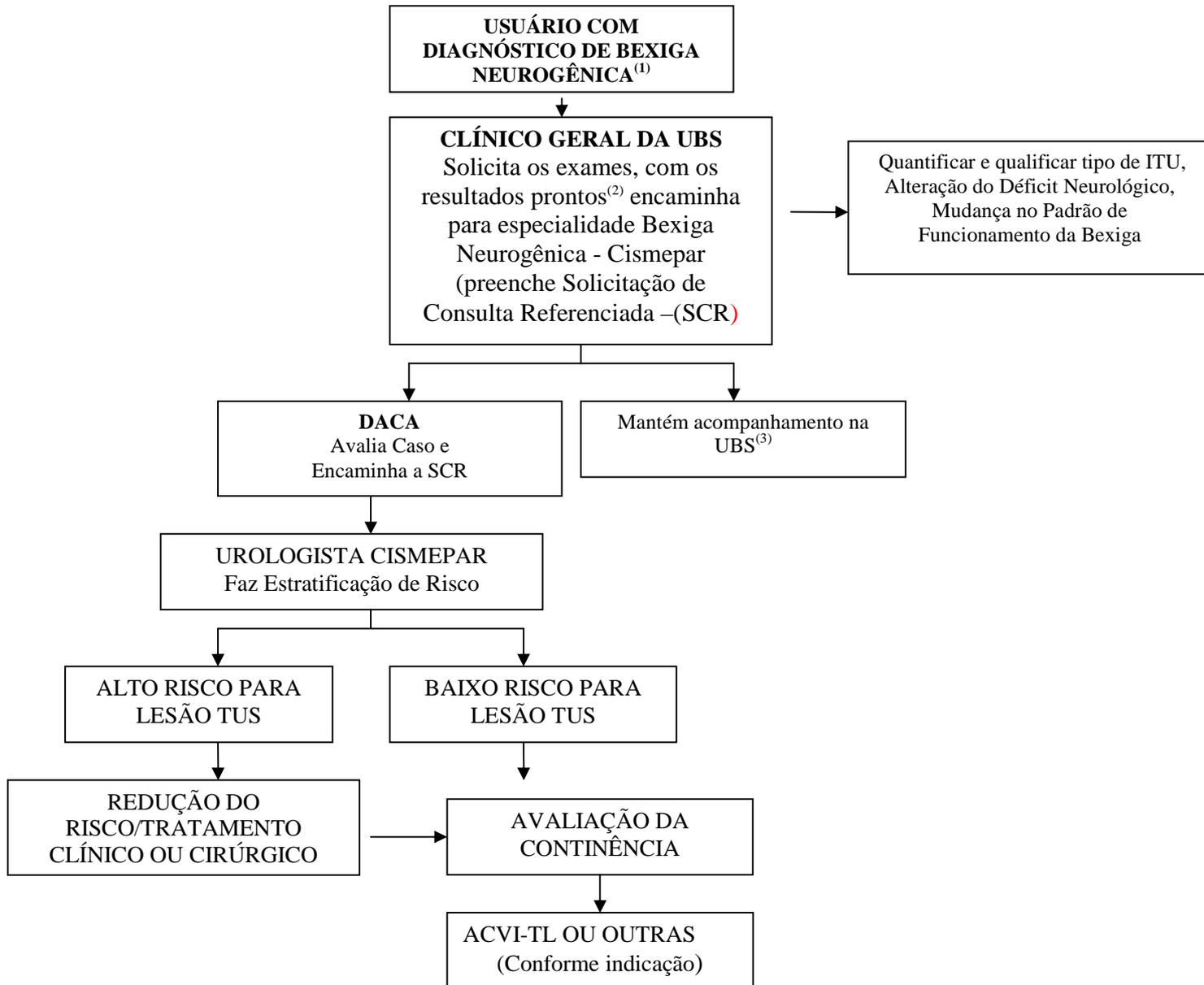
A cultura de urina quantitativa, avaliada em amostra de urina colhida assepticamente (cateter estéril), jato médio, poderá fornecer, o agente etiológico causador da infecção e trazer subsídio para a conduta terapêutica. Sua importância crescerá quando, diante de falha da terapia empírica, possibilitará a realização do teste de sensibilidade *in vitro* (antibiograma) que orientará uma nova conduta terapêutica.

### **Tratamento**

O profissional médico bem como demais profissionais do PSF , deve-se lembrar que o uso de cateteres cria respostas inflamatórias uretrais e vesicais, sem que necessariamente coexista infecção. Isto exige que seja feito exame urocultura para instituição do tratamento. Assim a ITU em pacientes com disfunção vesico-esfincteriana deve ser discutido em duas situações: bacteriúria assintomática e infecção sintomática. A bacteriúria assintomática não apresenta conseqüência sobre o trato urinário superior quando existirem baixas pressões intravesicais <sup>(10)</sup>. Para tanto é necessário manter o cateterismo intermitente em intervalos regulares. O tratamento de acordo com a urocultura e seu teste de sensibilidade deve ser durante 7-14 dias. Enquanto se

espera o resultado da urocultura pode-se tratar o paciente empiricamente, se as condições clínicas dele exigirem, utilizando-se antibióticos de amplo espectro.

## 18- FLUXO DE ENCAMINHAMENTO E MANEJO CLÍNICO PARA USUÁRIOS ADULTOS COM DIAGNÓSTICO DE BEXIGA NEUROGÊNICA



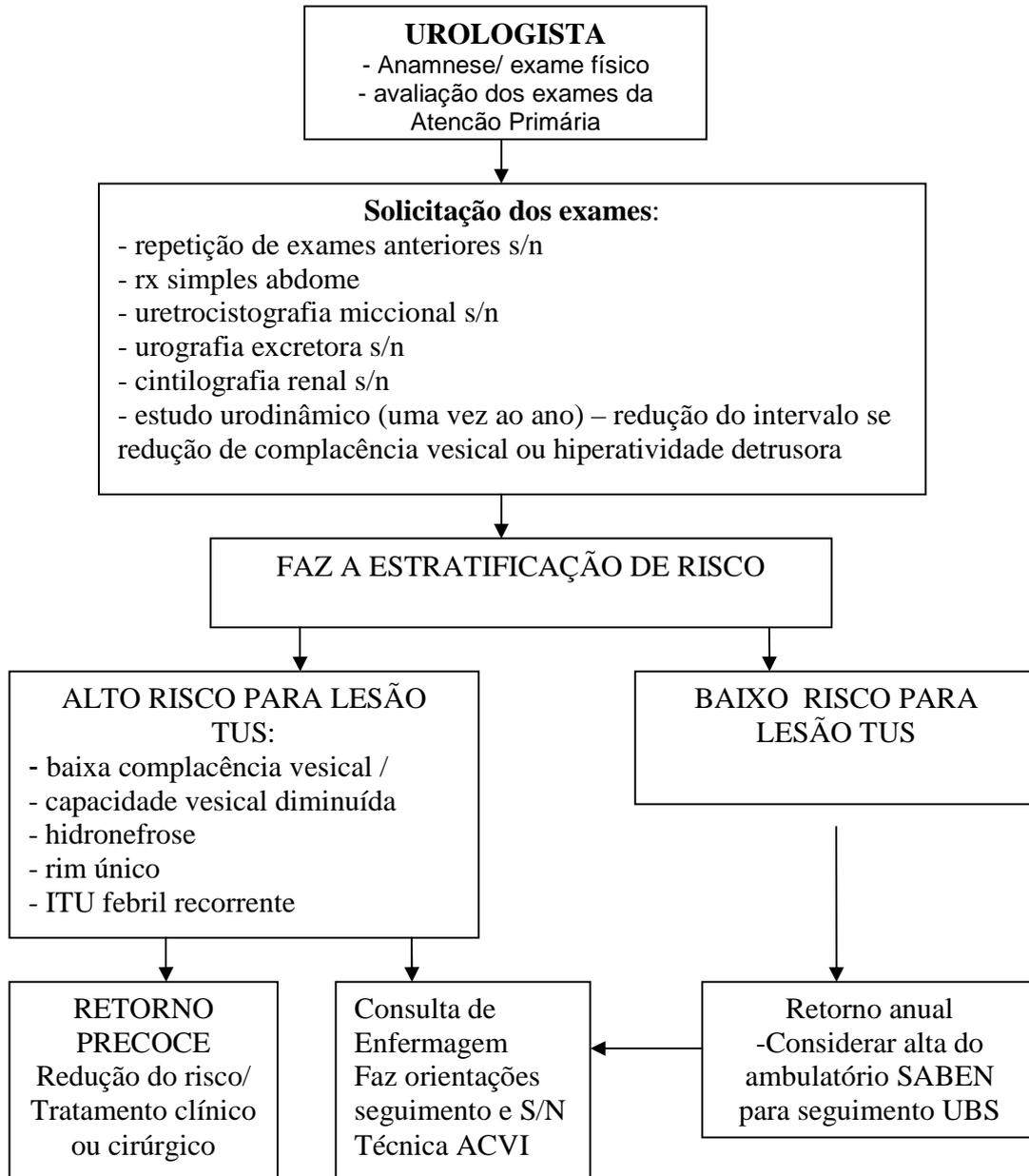
<sup>(1)</sup> **BN:** Estão neste grupo usuários com os seguintes diagnósticos associados:  
a- **Prioridade alta:** mielomeningocele, seqüela de traumatismo raquimedular, paraplegia e/ou tetraplegia, esclerose múltipla, mielopatias (mielite transversa, tabes dorsalis), tumores / cirurgia na medula.

b- **prioridade média:** doenças com acometimento neurológico/muscular (lupus, esclerodermia, DM, neuropatias periféricas, miopatias) na presença de sintomas urinários, disfunções miccionais

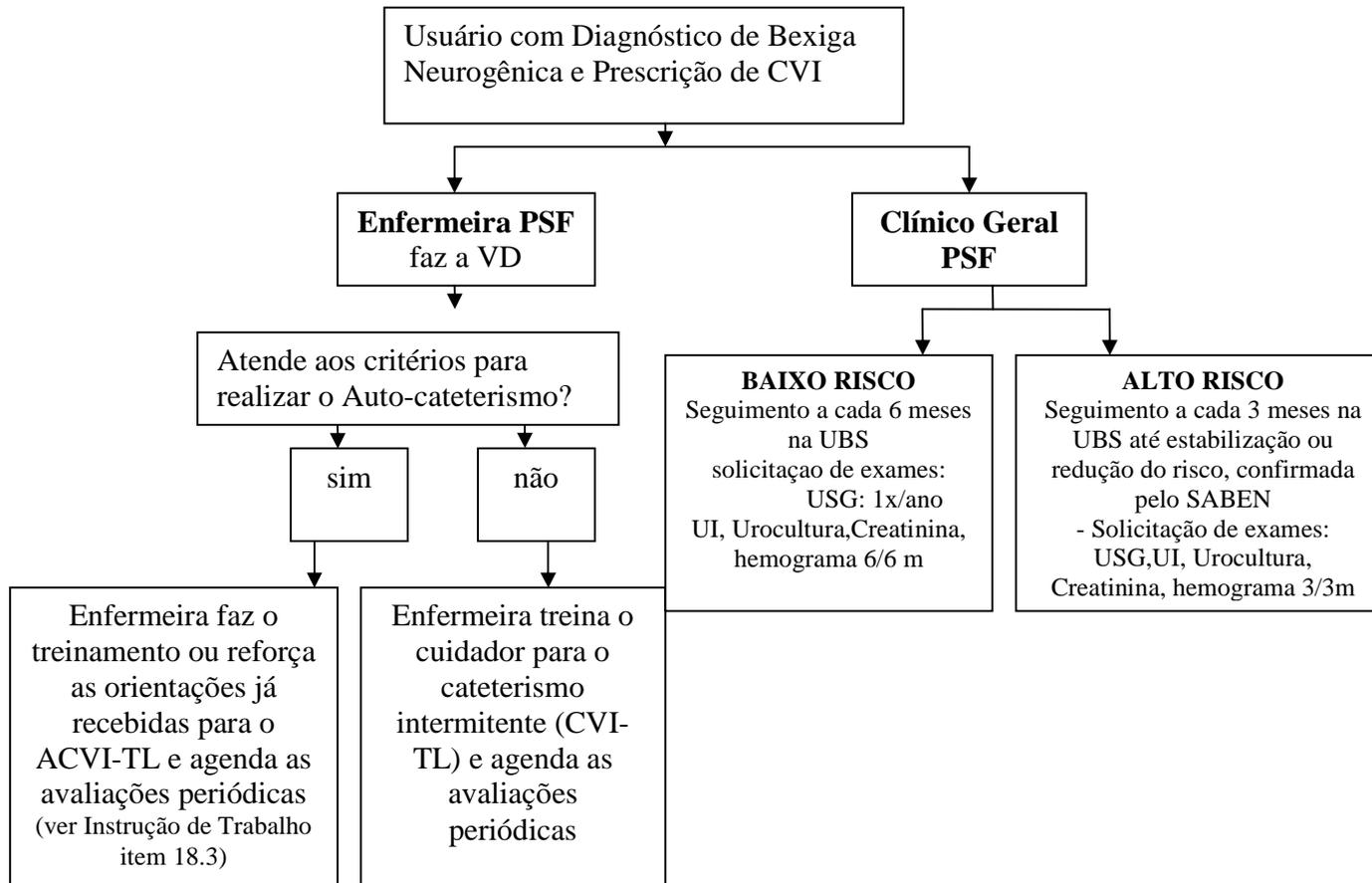
<sup>(2)</sup> **Exames Mínimos Para Encaminhamento:**  
- hemograma completo  
- urina I e urocultura com antibiograma  
- uréia e creatinina  
- glicose (Idade > 30 a.)  
- USG do Aparelho Urinário com medida de resíduo pós-miccional (se possível)

<sup>(3)</sup> **Sinais de alerta:**  
- paciente classificado como ALTO RISCO;  
- surgimento ou piora da hidronefrose;  
- ITU sintomática ou febril persistente / recorrente;  
- piora da função renal  
- Urodinâmica com Alteração de pressão

## 18-1 ATENDIMENTO O AMBULATORIO- SABEN - CISMENPAR



## 18-2 FLUXO DE ACOMPANHAMENTO NA UBS



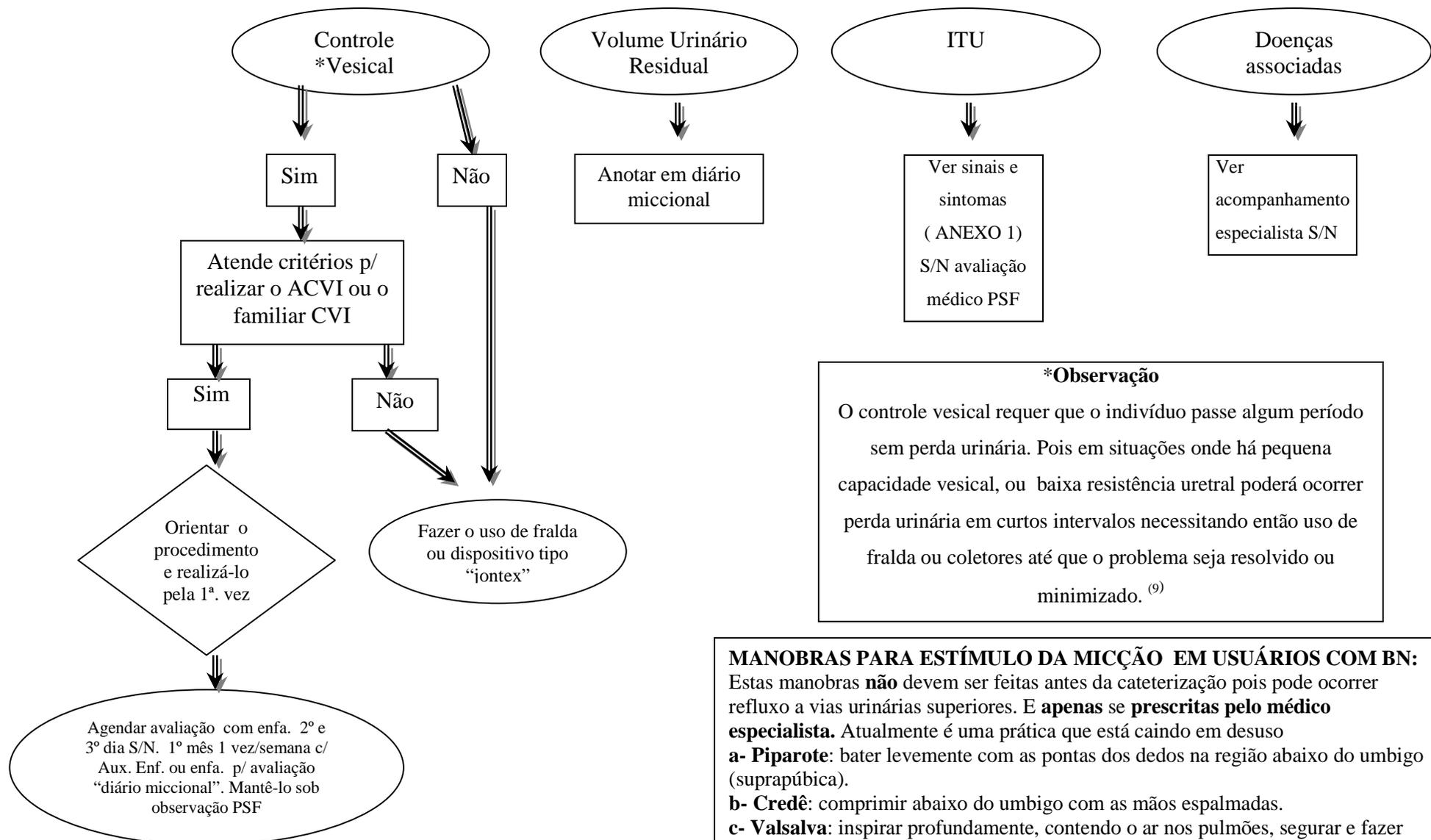
### CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DO AUTO CATETERISMO VESICAL

#### INTERMITENTE (AVCI):

- Médico prescritor responsável
- Controle vesical
- Boa capacidade vesical: Bexiga que comporta + ou – 300 ml e que não tenha perda contínua
- Adesão/ interesse pelo procedimento;
- Ter compreensão (cognitiva);
- Boa destreza manual (movimento de pinça ou se consegue cortar alimentos, alimentar-se ou escrever);
- Ter dorso-flexão (conseguir ficar sentado)

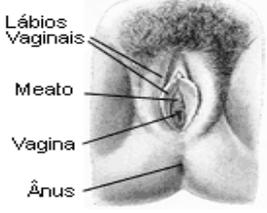
### 18.3- ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES PARA ACVI OU CVI

Periodicamente estes pacientes devem ser avaliados pela equipe PSF quanto aos seguintes fatores:



## ANEXO 1- ORIENTAÇÃO AO PACIENTE <sup>(8)</sup>

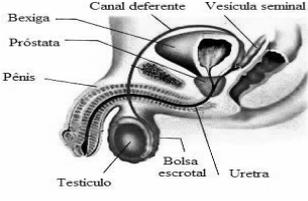
### 1- Auto-cateterismo em Mulheres

<p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter limpo ( conforme instrução da Unidade de Saúde)</li> <li>• Sabonete (tipo lanolina) e esponja, algodão ou gaze</li> <li>• Lubrificante hidrossolúvel tipo lidocaína geléia (não utilize vaselina ou outro lubrificante derivado de petróleo, porque são prejudiciais)</li> <li>• Reservatório para colher a urina preferencialmente graduado (jarra, bacia etc.)</li> <li>• Espelho e lanterna (se necessário)</li> </ul>	
<p><b>1. Leve o material necessário para quarto ou banheiro.</b> Se você for capaz de urinar, esvazie sua bexiga o máximo possível no reservatório coletor</p>	
<p><b>2. Lave suas mãos com água e sabão e enxugue-as.</b></p>	
<p><b>3. Prepare seu material:</b> Coloque todo o material ao seu alcance (cateter, gaze, algodão, lubrificante, reservatório de coleta, espelho e lanterna); a- Coloque o sabão numa gaze ou esponja limpa; b- Comprima um pouco de gel lubrificante fora do tubo e aplique uma pequena quantidade na ponta do cateter; c- Abra suas pernas e mantenha-as separadas (se necessário, coloque algum objeto entre os joelhos para facilitar a posição); Se estiver utilizando um espelho ou lanterna, posicione-os na cama ou numa banqueta em sua frente, de modo que você possa ver claramente o meato uretral diretamente ou no espelho.</p>	
<p><b>4. Higiene</b> a- Com uma das mãos, separe os lábios para que o meato apareça. Mantenha esta posição durante todo o procedimento; b- Com a outra mão, pegue a gaze com sabão; c- Limpe a região da vagina num único sentido (de cima para baixo) ,mantenha distância da região anal e jogue fora a gaze.</p>	
<p><b>5. O cateterismo:</b> a- Use a sua mão livre para pegar o cateter; b- Pegue o cateter a alguns centímetros da ponta que será inserida na bexiga (5 a 10 cm). <u>Evite Tocar na Ponta Que Será Introduzida na Bexiga</u> c- Coloque a ponta do cateter, devagar e firmemente, através do meato, cerca de 4 a 6 cm para dentro da bexiga. Se não sair urina, o cateter pode não estar bem colocado. Deixe o cateter inserido para servir como referência e tente novamente com um outro cateter. O meato uretral está posicionado imediatamente acima da vagina; d- Após a urina começar a sair, empurre o cateter por mais 2 cm; Mantenha o cateter no lugar até que pare de sair urina; e- Quando a urina parar de sair, retire o cateter lentamente. Se sair mais urina conforme você for removendo o cateter, mantenha-o nesta posição até que a urina pare completamente. Depois disto, continue a remover lentamente o cateter; f- Enxágüe a área genital com sabão após cada cateterismo para remover o resíduo de sabão; g- Lave suas mãos com água e sabão; h- Lave o cateter com água e sabão e guarde-o em lugar limpo e acondicionado como por exemplo um recipiente com tampa.</p>	 
<p style="text-align: center;"><b>LEMBRETES:</b></p> <p><b>.Quando possível deverá fazer micção espontânea no banheiro antes do cateterismo vesical;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso você não tenha contra-indicação , beba bastante líquidos para reduzir a concentração de cálcio e conseqüentemente formação de cálculos ;</li> <li>• Se você tiver condições procure andar e/ou movimentar-se com frequência ;</li> <li>• Mantenha as unhas curtas e limpas para impedir a fixação dos microorganismos, desta forma após o cateterismo devem também ser lavadas cuidadosamente.</li> </ul>	

Adaptado do site <http://www.uroclinica.com.br>.. Disponível em comum/mensal/das/Protocolos/Cateterismo vesical/Orientação Auto cateterismo feminino)

## ANEXO 2- ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO\*

### Auto-cateterismo em Homens

<p><b>Material necessário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cateter limpo ( conforme instrução da Unidade de Saúde)</li> <li>• Sabonete (tipo lanolina) e esponja, algodão ou gaze</li> <li>• Lubrificante hidrossolúvel tipo lidocaína geléia (não utilize vaselina ou outro lubrificante derivado de petróleo, porque são prejudiciais)</li> <li>• Reservatório para colher a urina preferencialmente graduado (jarra, bacia, plástico, etc.)</li> </ul>	
<p><b>Leve o material necessário</b> para quarto ou banheiro. Se você for capaz de urinar, esvazie sua bexiga o máximo possível no reservatório coletor</p>	
<p><b>2. Lave suas mãos com água e sabão e enxugue-as.</b></p>	
<p><b>3. Prepare seu material:</b> Coloque todo o material ao seu alcance (cateter, gaze, algodão, lubrificante, reservatório de coleta); a- Coloque o sabão numa gaze ou esponja limpa; Comprima um pouco de gel lubrificante fora do tubo e aplique uma pequena quantidade na ponta do cateter;</p>	
<p><b>4. Higiene:</b> Limpe o pênis com dois dedos de uma das mãos. Com a outra mão segure o pênis, mantendo a glândula (cabeça do pênis) exposta. Pegue a gaze ou esponja própria com o sabão e limpe a glândula do meato uretral de dentro para fora.</p>	
<p><b>5. O cateterismo :</b> a- Sem soltar o pênis, pegue o cateter com a outra mão e passe a ponta do mesmo pelo lubrificante para assegurar lubrificação adequada da parte inferior do cateter; b- Deixe o lado oposto do cateter para drenar a urina no reservatório; c- Introduza o cateter através do meato. Se você estiver usando um cateter de ponta curva, assegure-se que a curvatura esteja para cima. Conforme você estiver introduzindo o cateter devagar e firmemente, estique o pênis. Este procedimento estica a uretra tornando mais fácil a introdução. d- Se você sentir uma pequena resistência continue introduzindo o cateter. Quando o músculo relaxa o cateter avançará até a bexiga. Se você continuar sentindo resistência pare o cateterismo e procure a UBS ou outro serviço de saúde; e- Continue empurrando lentamente o cateter até a saída da urina. Após isto, introduza mais 3-4 cm; f- Mantenha o cateter no lugar até que pare o fluxo de urina; g- Quando a urina deixar de fluir, remova o cateter lentamente. Se sair mais urina conforme você for removendo o cateter, mantenha-o nesta posição até que o fluxo pare. Depois disto continue a removê-lo lentamente; h- Enxágüe o pênis com água após cada cateterismo para remover o resíduo de sabão; i- Lave suas mãos com água e sabão; j- Lave o cateter com água e sabão e guarde-o em lugar limpo e acondicionado. (p.ex. uma fralda passada com ferro quente). ou em recipiente plástico com tampa.</p>	 
<p style="text-align: center;"><b>LEMBRETES:</b></p> <p><b>Quando possível deverá fazer micção espontânea no banheiro antes do cateterismo vesical;</b> - Caso você não tenha contra-indicação , beba bastante líquidos para reduzir a concentração de cálcio e conseqüentemente formação de cálculos ; - Se você tiver condições procure andar e/ou movimentar-se com frequência ; - Mantenha as unhas curtas e limpas para impedir a fixação dos microorganismos, desta forma após o cateterismo devem também ser lavadas cuidadosamente. - Não se assuste se uma pequena quantidade de sangue sair da uretra. Isto é comum quando se aprende pela primeira vez o procedimento. Você pode notar sangue no cateter ou em sua urina. Não pare o cateterismo devido a este sangramento. <b>Com repetidas cateterizações o sangramento deve parar. Se o mesmo persistir, procure a UBS</b></p>	

## Apêndice 1- EXAMES COMPLEMENTARES AOS PACIENTES COM DVE

Apesar de não ter um consenso sobre os muitos exames complementares que os pacientes com DVE devem ser submetidos é importante lembrar que independente da etiologia em algum momento ele pode necessitar de um ou mais exames. Apesar de que alguns destes não serem disponíveis para solicitação para atenção básica listamos abaixo os mais comuns.

<b>Exame</b>	<b>Definição</b>	<b>Indicação</b>
<b>Urina I</b>	Exame sumário de urina	Pesquisa ITU
<b>Urocultura</b>	É a cultivo de urina utilizada para verificar a presença microorganismos	
<b>USG rins e vias urinárias</b>	Ondas sonoras que atravessam o corpo capaz de detectar anormalidade.	detectar doenças difusas (inflamações, atrofia, nefropatias crônicas), lesões focais (abscessos, cistos, tumores sólidos e cálculos), fazer avaliação pré e pós operatória, orientar procedimentos invasivos diagnósticos (biópsias) e terapêuticos (injeção de substâncias em tumores).
<b>Estudo urodinâmico</b>	É o estudo dos fatores fisiológicos e patológicos envolvidos no armazenamento, transporte e esvaziamento do trato urinário inferior (bexiga e uretra). Obtidos à partir da introdução de sondas na bexiga, uretra e ampola retal que fornecem informações sobre pressões nas fases de enchimento e esvaziamento vesicais	Identificar as causas de incontinência urinária.
<b>Uretrocistografia Miccional (UCM)</b>	Exame radiológico do trato urinário baixo (uretra e bexiga) realizado através da sondagem vesical e introdução do meio de contraste iodado, obtendo-se imagens em repouso e durante a micção.	Diagnóstico de refluxo vésico-ureteral, de divertículos de bexiga e de alterações da uretra feminina e masculina ou estudo de má-formações do trato urinário baixo entre outras.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- FIGUEREDO, J. A. Conduta urológica no trauma raquimedular. In: Consenso Brasileiro de Incontinência Urinária, Uroneurologia, Disfunções miccionais 1, 1999, São Paulo, **Consenso...** São Paulo, 1999.
- 2- FERA.P. Cateterismo vesical intermitente-técnica limpa-aspectos práticos e de enfermagem. **Rev. Hospitalar**, n. 12. nov./dez. 2000.
- 3- MOROÛKA, M; FARO, A.C..M. A Técnica limpa do auto-cateterismo vesical intermitente: a descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v.4, n.36, p. 324-31, 2002.
- 4- **A assistência de enfermagem na reabilitação da pessoa com incontinência urinária.** Disponível em : <http://www.enfmedic.com.br/assistência>. Acesso em: 25 set. 2006.
- 5- BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. V. 3.  
Disponível em: <http://www.uroginecologia.com.br>. Acesso em: 03 out. 2006.
- 6- MURAD, G.R.B.; MOROÛKA, M. **Curso de Treinamento de auto-cateterismo vesical em adultos com disfunção vésico-esfincteriana**, Londrina, 2004.
- 7- Enfermagem urológica: **Auto-cateterismo em mulheres, auto-cateterismo em homens- instruções aos usuários.** Disponível em: <http://www.uroclinica.com/> Acesso em: 06 nov. 2008.
- 8- CANALINI, A.F. Procedimentos e cuidados com cateterismo intermitente. In: Consenso Brasileiro de Incontinência Urinária, Uroneurologia, Disfunções miccionais,1, 1999, São Paulo. **Consenso...** São Paulo, 1999.

9- PRADO, M.J. **Infecção do trato urinário e disfunção vesicoesfincteriana.**

Disponível em: [http://www.sbu.org.br/socios/bju/infeccao\\_do\\_trato\\_urinario/Trato\\_08.pdf](http://www.sbu.org.br/socios/bju/infeccao_do_trato_urinario/Trato_08.pdf)-

Acesso em: 14 nov. 2008.

9- MAGALHÃES, A.M.; CHICHETTA, F.V. **Diagnósticos de enfermagem para pacientes portadores de bexiga neurogênica.**

Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 6-18, jan. 2002. Disponível em:

[www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/](http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/)

10- AZEVEDO, R. V.M. **Fatores de risco para infecção do trato urinário em crianças e adolescentes portadores de disfunção vesical que realizam o cateterismo vesical intermitente limpo. 1999.**

Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Belo Horizonte.

Disponível em <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/RobertaVasconcellos.pdf>- Acesso em: 26 nov. 2008.

11- FROEMMING, C, SMANIOTTO, L.M; LIMA, C.L.M. **Cateterismo Vesical Intermitente.**

Rev. HCPA- Vol.8 nº 1 abril/1988

**ESTA INSTRUÇÃO DE TRABALHO FOI ELABORADA NO ANO 2008 E  
ATUALIZADA EM AGOSTO DE 2011**

**Encontra-se disponível no endereço eletrônico:**

**[www.londrina.gov.pr.br/portaldaprefeitura/secretaria/saude/protocolosclnicosdesaude](http://www.londrina.gov.pr.br/portaldaprefeitura/secretaria/saude/protocolosclnicosdesaude)**