

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGE_{nf}

ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE RISCO DE
LESÃO DO TRATO URINÁRIO: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM

Danielle Cristina Garbuio

São Carlos
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGE_{enf}

Danielle Cristina Garbuio

ANÁLISE DE CONCEITO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE RISCO DE
LESÃO DO TRATO URINÁRIO: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Enfermagem da Universidade
Federal de São Carlos como parte dos requisitos
para obtenção do título de mestre

Orientadora: Profa. Dra. Anamaria Alves
Napoleão

São Carlos
2012

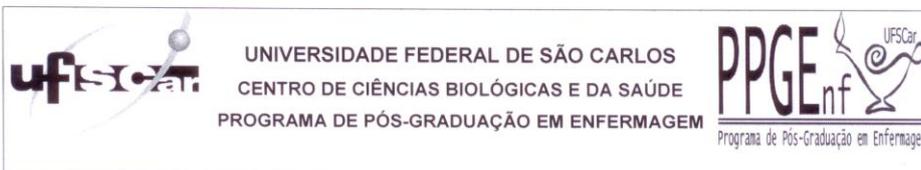
**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

G214ac Garbuió, Danielle Cristina.
Análise de conceito e validação de conteúdo de risco de lesão do trato urinário : proposta de diagnóstico de enfermagem / Danielle Cristina Garbuió. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
117 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de enfermagem. 3. Estudos de validação. 4. Cateteres. 5. Sistema urinário. I. Título.

CDD: 610.73 (20^a)

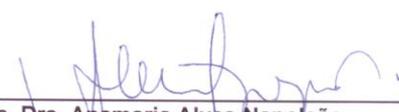


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: DANIELLE CRISTINA GARBUIO

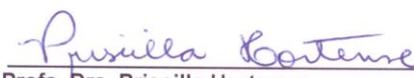
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 12/12/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:



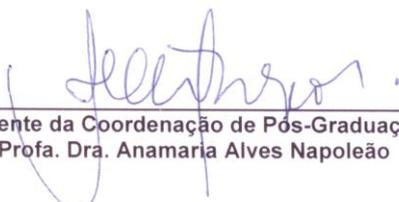
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão
(Orientadora - DEnf/UFSCar)



Profa. Dra. Emília Campos de Carvalho
(EERP/USP)



Profa. Dra. Priscilla Hortense
(DEnf/UFSCar)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

Dedicatória

À Deus,

Pois sem Ele nada é possível.

Aos meus amados pais Zélia e Djalma,

Por todo o esforço e o quanto trabalharam para que eu pudesse estudar e chegar até aqui. Por serem para mim exemplos de força e superação, por me ensinarem a lutar para conseguir vencer, por me apoiarem sempre. Não tenho palavras para expressar o quanto vocês são importantes para mim.

Às minhas queridas irmãs Lúcia e Zuleica,

Pelas palavras amigas, pelo carinho e por toda a ajuda que sempre me deram. Lúcia que sempre esteve por perto nos momentos mais difíceis, me ajudando a superar cada obstáculo para chegar até aqui. Zuleica que mesmo distante fisicamente nunca deixou de me apoiar.

Ao amor da minha vida Jelder,

Por ter me apoiado incondicionalmente em minhas decisões desde o início desta caminhada, por toda coragem que você me fez ter... Por toda a paciência que você teve comigo nos momentos de dificuldades e fragilidades, pelo carinho, pelo amor, pela compreensão, por toda ajuda que você sempre me deu.

Sem vocês esse sonho não teria se tornado realidade...

... Amo vocês!

Agradecimentos Especiais

À Profa Dra Anamaria Alves Napoleão,

Por todos os momentos de aprendizado, que tornaram esta trajetória uma experiência ímpar. Obrigada por me acolher e me orientar. Levo comigo, tudo que aprendi com você nesta caminhada.

Agradecimentos

Aos enfermeiros peritos,

Pois sem as suas importantes contribuições este trabalho não teria se concluído.

À Profa Dra. Emília Campos de Carvalho,

Pelas contribuições valiosas no exame de qualificação e por ter me acolhido em suas disciplinas na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que tanto conhecimento me proporcionaram.

À Profa Dra. Tânia Couto Chianca,

Pelas contribuições valiosas no exame de qualificação e por todo o incentivo ao trabalho.

À CAPES,

Pelo subsídio financeiro a este trabalho.

Aos queridos Gisele e Jelder,

Por todo o carinho, compreensão, conselhos e palavras amigas em cada momento de dificuldade.

À minha grande companheira Francine Ramos de Miranda,

Pelas conversas, trocas de experiências, discussões sobre pesquisas e seus métodos. Pelo apoio nas situações difíceis, pelo companheirismo e pelos esclarecimentos em todos os momentos de dúvida.

Às minhas grandes amigas Clara, Fernanda e Camila,

Que mesmo na distância estiveram presentes em pensamento, virtualmente, e em visitas rápidas para um açaí (saudades...), sempre me apoiando e torcendo por mim.

À parceira de DEnf Amanda,

Pela companhia e troca de experiências vividas neste período.

Às companheiras de laboratório Glaucia e Bianca,

Por toda a ajuda nesta caminhada.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem,

Por todo o apoio e ajuda.

*A todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes nesta etapa da
minha vida e contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa....*

Muito Obrigada!

*“Podar os galhos da parreira, colher os cachos, fazer o vinho
esmagando a uva com os pés, comer sugolí na sobremesa,
deixar os grãos mais maduros para quem a gente ama.”*

Humberto Gessinger

RESUMO

GARBUIO, D.C. **Análise de conceito e validação de conteúdo de risco de lesão do trato urinário: proposta de diagnóstico de enfermagem.** 2012. 119 f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

O cateterismo vesical é um procedimento comum em pacientes hospitalizados, sendo estes em sua maioria realizados por profissionais enfermeiros. Contudo, não é um procedimento isento de riscos, e por este motivo é preciso que o enfermeiro, tenha conhecimento dos fatores de risco que possam levar a uma possível lesão no trato urinário. Considerando a dificuldade em selecionar um diagnóstico de enfermagem que contemple totalmente a situação de risco dos pacientes que fazem uso destes cateteres, o objetivo deste estudo foi elaborar, propor e validar Risco de lesão do trato urinário como um diagnóstico de enfermagem. Para isto, o percurso metodológico foi dividido em três etapas: análise de conceito de Lesão do trato urinário, elaboração da proposta de diagnóstico de enfermagem e validação desta proposta por um grupo de especialistas. Para a análise de conceito foi utilizado o método evolucionário de Rodgers. Uma busca nas bases de dados LILACS, *The Cochrane Library*, CINAHL e PubMed foi realizada através da combinação de descritores controlados e não controlados. A amostra final selecionada foi composta por 21 artigos e um capítulo de livro. Cada texto foi lido primeiramente em sua totalidade e posteriormente buscando por atributos do conceito, conceitos relacionados, termos substitutos e bases contextuais interdisciplinares, socioculturais, antecedentes e consequências. Após a realização da análise de conceito, os achados foram organizados de modo a elaborar os elementos do diagnóstico de enfermagem proposto, considerando os sete eixos da Taxonomia II da NANDA-I. Estes elementos foram organizados em um instrumento que foi enviado aos peritos para a validação de conteúdo diagnóstico. Como resultado da análise de conceito encontramos que Lesão do trato urinário é um conceito utilizado em referência aos danos, sejam estes traumáticos, inflamatórios ou infecciosos, que acometem o sistema urinário inferior como consequência de uma agressão que pode ser atribuída a diversos fatores, mas principalmente ao uso de cateteres vesicais. As principais complicações identificadas através dos atributos do conceito analisado foram infecção do trato urinário, falso trajeto, dor, fístula uretral, estenoses, incapacidade ou dificuldade para urinar, irritação da mucosa, erosão uretral e vesical, laceração de meato, da bexiga e da uretra, necrose tecidual e espasmos vesicais. Os principais fatores de risco foram identificados a partir dos antecedentes do conceito, são eles idade avançada, anormalidades urológicas, alergia ao látex, constipação, ingestão inadequada de líquidos, obesidade, variações anatômicas de órgãos da pelve, prejuízo cognitivo, confusão mental, sedação, dissinergia detrusor-esfincteriana, lesão da medula espinhal, longo tempo de cateterização vesical, cateter mal-lubrificado no

momento da inserção, falta de cuidado na manipulação do cateter, dificuldade para introduzir e retirar o cateter, obstrução do cateter, tamanho e material do cateter, balão de retenção excessivamente cheio, bolsa coletora com volume acima do limite indicado, fixação incorreta ou ausente, repetidas e frequentes cateterizações. Com base nestes dados foi elaborada a proposta de diagnóstico Risco de lesão do trato urinário, com sua inserção na taxonomia, sua definição e fatores de risco. Estes dados foram submetidos na forma de um instrumento com escala likert de quatro pontos para a avaliação de especialistas, sendo este instrumento avaliado por 16 peritos. A inserção do diagnóstico proposto foi validada no Domínio 11 e na Classe 2 da taxonomia II da NANDA-I. O enunciado foi validado como Risco de lesão do trato urinário e a definição foi validada com algumas alterações. Os fatores de risco validados foram: idade avançada, alergia ao látex, obesidade, variações anatômicas de órgãos pélvicos, prejuízo cognitivo, dissinergia detrusor-esfincteriana, lesão medular, confusão mental, conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical, longo tempo de uso de cateteres vesicais, necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais, necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre, impossibilidade de fixação do cateter vesical, repetidas e frequentes cateterizações. Estes resultados contribuem para a qualificação do trabalho da enfermagem.

Palavras-chave: *Diagnóstico de enfermagem; Estudos de validação; Cateteres; Sistema urinário.*

ABSTRACT

GARBUIO, D.C. **Concept analysis and content validation of risk of injury to the urinary tract: proposed nursing diagnosis.** 2012. 119 f. Master Dissertation – Federal University of São Carlos, São Carlos, 2012.

The catheterization is a procedure common in hospitalized patients, which are mostly performed by professional nurses. However, it's not a risk-free procedure, and for this reason, is necessary that the nurse, know the risk factors that may lead to a possible injury to the urinary tract. Considering the difficulty in selecting a nursing diagnosis that addresses fully the risk of patients using these catheters the aim of this study was to develop, propose and validate risk of injury to the urinary tract as a nursing diagnosis. The methodological approach was divided into three stages: concept analysis of urinary tract injury, preparation of the proposed nursing diagnosis and validation of this proposal by a group of experts. The concept analysis was developed using the Evolutionary Method of Rodgers. A search in the databases LILACS, The Cochrane Library, CINAHL and PubMed was performed by combining descriptors controlled and uncontrolled. The final sample was composed of 21 selected articles and a book chapter. Each text was read in its entirety first and then looking for attributes of the concept, related concepts, terms and substitutes contextual bases interdisciplinary, socio-cultural antecedents and consequences. The findings of this analysis were organized to prepare the elements of nursing diagnosis proposed, considering the seven axes of NANDA's Taxonomy II. These elements were organized in an instrument that was sent to experts for content validation diagnosis. The concept analysis found that urinary tract injury is a term used in reference to damages, whether traumatic, inflammatory or infectious, affecting the lower urinary system as a result of an injury that can be attributed to several factors, but mainly the urinary catheters. The major complications identified through the attributes of the concept were: urinary tract infection, false passage, pain, urethral fistula, stricture, inability or difficulty urinating, mucosal irritation, bladder and urethral erosion, laceration of the canal, bladder and urethra , tissue necrosis and bladder spasms. The main risk factors identified from the background to the concept were: advanced age, urologic variations, latex allergy, constipation, inadequate fluid intake, obesity, anatomic variations of the pelvic organs, cognitive impairment, confusion, sedation, detrusor-sphincter dyssynergia, spinal cord injury, long time of bladder catheterization, catheter poorly lubricated at the time of insertion, lack of care in handling the catheter, difficulty inserting and removing the catheter, catheter obstruction, catheter size and material , overfilled balloon retention, collection bag with volume above the stated limit, fixing incorrect or missing, repeated and frequent catheterizations. On this basis the proposal diagnostic was Risk of urinary tract injury. These data were submitted in the form of an instrument with a four-point Likert scale for the assessment of experts and it was evaluated by 16 experts. The insertion of the

proposed diagnosis was validated in Domain 11 and Class 2 of NANDA's Taxonomy II. The label was validated as Risk of urinary tract injury and the definition was validated with some changes. The validated risk factors were: age, latex allergy, obesity, pelvic organ anatomical variations, cognitive impairment, detrusor-sphincter dyssynergia, spinal cord injury, mental confusion, poor knowledge of the patient or caregiver about urinary catheter care, long-term use of catheters bladder, the need to use retention balloon inflated with 30ml or more need to use urinary catheter large caliber, impossibility of fixing the urinary catheter, repeated and frequent catheterizations. These results contribute to increase the quality of nursing work.

Keywords: *Nursing diagnosis; Validation studies; Catheters; Urinary tract.*

RESUMEN

GARBUIO, D.C. **Concepto de análisis y validación de contenidos de riesgo de lesión en el tracto urinario: diagnóstico de enfermería.** 2012. 119 f. Tesis – Universidad Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

El cateterismo es un procedimiento común en pacientes hospitalizados, los cuales son en su mayoría realizadas por enfermeras profesionales. Sin embargo, no es un procedimiento libre de riesgos. Así que es necesario que el enfermero es consciente de los factores de riesgo que pueden llevar a una posible lesión en el tracto urinario. Teniendo en cuenta la dificultad en la selección de un diagnóstico de enfermería que se aborden plenamente el riesgo de los pacientes que utilizan estos catéteres el objetivo de este estudio fue desarrollar, proponer y validar riesgo de lesión en el tracto urinario como un diagnóstico de enfermería. El enfoque metodológico se dividió en tres etapas: análisis de concepto de lesión en el tracto urinario, la elaboración del diagnóstico de enfermería propuesta y validación de la propuesta por un grupo de expertos. Para el método de análisis de concepto fue utilizado evolutivo Rodgers. Una búsqueda en las bases de datos LILACS, The Cochrane Library, CINAHL y en PubMed se realizó mediante la combinación de descriptores controlados y no controlados. La muestra final estuvo compuesta por 21 artículos seleccionados y un capítulo de libro. Cada texto fue leído en su totalidad y luego busca los atributos del concepto, conceptos, términos relacionados y sustitutos bases contextuales interdisciplinarias, socioculturales antecedentes y consecuencias. Una vez finalizado el análisis conceptual, los resultados se organizaron para preparar los elementos del diagnóstico de enfermería propuestos, teniendo en cuenta los siete ejes de la NANDA-I. Estos elementos fueron arreglados en un instrumento que fue enviado a los expertos para el diagnóstico contenido de validación. Como resultado del análisis de concepto se ha encontrado que la lesión del tracto urinario es un término usado en referencia a los daños, si traumática, inflamatoria o infecciosa, que afecta el sistema urinario inferior, como resultado de una lesión que se puede atribuir a varios factores, pero principalmente los catéteres vesicales. Las complicaciones mayores identificados a través de los atributos del concepto se analizaron infección del tracto urinario, falsa vía, el dolor, la fístula uretral, estenosis, incapacidad o dificultad para orinar, irritación de las mucosas, la vejiga y la uretra erosión, laceración del conducto, la vejiga y la uretra , necrosis de los tejidos y espasmos de la vejiga. Los principales factores de riesgo fueron identificados a partir de los antecedentes del concepto, son la edad avanzada, alteraciones urológicas, la alergia al látex, el estreñimiento, la ingesta inadecuada de líquidos, la obesidad, las variaciones anatómicas de los órganos de la pelvis, el deterioro cognitivo, confusión, sedación, disinergia detrusor-esfínter, lesión de la médula espinal, tiempo de cateterización de la vejiga, el catéter poco lubricada en el momento de la inserción, la falta de cuidado en el manejo del catéter, dificultad para insertar y retirar el catéter,

obstrucción del catéter, el tamaño del catéter y materiales , demasiado llena balón de retención, la bolsa de recogida con un volumen por encima del límite establecido, la fijación de cateterismos incorrectos o faltantes, repetida y frecuente. Sobre esta base, la propuesta fue elaborada riesgo de diagnóstico de lesión en el tracto urinario, con su inclusión en la taxonomía, su definición y factores de riesgo. Estos datos se presentarán en forma de un instrumento con una escala Likert de cuatro puntos para la evaluación de los expertos y este instrumento fue evaluado por 16 expertos. La inserción del diagnóstico propuesto fue validado en el Campo 11 y Clase 2 NANDA-I. La declaración fue validado como el riesgo de lesión en el tracto urinario y la definición ha sido validado con algunos cambios. Los factores de riesgo validados son: la edad, la alergia al látex, la obesidad, las variaciones anatómicas de órganos pélvicos, deterioro cognitivo, disinergia detrusor-esfínter, lesión de la médula espinal, confusión mental, el escaso conocimiento del paciente o del médico sobre el cuidado del catéter urinario, uso a largo plazo de catéteres de vejiga, la necesidad de utilizar globo de retención de inflado con necesidad de 30 ml o más para utilizar el catéter urinario de gran calibre, imposibilidad de fijar el catéter urinario, repetida y cateterizaciones frecuentes. Estos resultados contribuyen a la calidad del trabajo de enfermería.

Palabras clave: *Diagnóstico de enfermería; Estudios de validación; Catéteres; Sistema urinario.*

Lista de Ilustrações

- Figura 1. Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos - SP, 2012. 26*
- Figura 2. Fluxograma com as etapas de seleção da amostra para composição da Análise de Conceito. São Carlos – SP, 2012. 35*

Lista de Quadros

Quadro 1.	<i>Sistema de pontuação de especialistas segundo o modelo de Fehring (1994).</i>	42
Quadro 2.	<i>Atributos do conceito Lesão do trato urinário. São Carlos – SP, 2012.</i>	47
Quadro 3.	<i>Antecedentes do conceito Lesão do trato urinário. São Carlos – SP, 2012.</i>	52
Quadro 4.	<i>Consequências do conceito Lesão do Trato Urinário. São Carlos – SP, 2012.</i>	61
Quadro 5.	<i>Fatores de risco e referência de apoio para o diagnóstico de enfermagem proposto Risco de lesão do trato urinário. São Carlos – SP, 2012.</i>	68
Quadro 6.	<i>Resultados de Enfermagem sugeridos para o diagnóstico Risco de lesão do trato urinário, e suas respectivas definições. São Carlos – SP, 2012. Fonte: JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2008.</i>	70
Quadro 7.	<i>Intervenções de Enfermagem sugeridas para o diagnóstico Risco de lesão do trato urinário, e suas respectivas definições. São Carlos – SP, 2012. Fonte: DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008.</i>	70
Quadro 8.	<i>Distribuição da pontuação dos peritos selecionados segundo o modelo de Fehring (1994). São Carlos – SP, 2012.</i>	73
Quadro 9.	<i>Distribuição dos peritos segundo experiência profissional na assistência, no ensino ao nível técnico e ao nível superior. São Carlos – SP, 2012.</i>	73
Quadro 10.	<i>Apresentação dos fatores de risco internos e suas respectivas pontuações do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos – SP, 2012.</i>	77
Quadro 11.	<i>Apresentação dos fatores de risco externos e suas respectivas pontuações do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos – SP, 2012.</i>	81

Quadro 12. *Apresentação da proposta de diagnóstico de enfermagem com os elementos validados por peritos.* São Carlos – SP, 2012. 87

Lista de Gráficos

- | | | |
|------------|---|----|
| Gráfico 1. | <i>Distribuição dos peritos de acordo com o tempo de formação profissional. São Carlos - SP, 2012.</i> | 72 |
| Gráfico 2. | <i>Distribuição dos peritos de acordo com a formação de pós-graduação. São Carlos - SP, 2012.</i> | 72 |
| Gráfico 3. | <i>Distribuição dos peritos selecionados por experiência clínica segundo o tempo de experiência. São Carlos – SP, 2012.</i> | 74 |

Lista de Siglas

AC – Análise de Conceito

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDV – Clinical Diagnosis Validity

Ch ou CH – Charrière

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DCV – Diagnostic Content Validity

DDV – Differential Diagnostic Validity

DE – Diagnóstico de Enfermagem

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

ECR – Etiological Correlation Rating

F, Fr ou FG – French Gauge

IMC – Índice de Massa Corporal

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature on line

MeSH - Medical Subject Headings

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

PE – Processo de Enfermagem

SAESC – Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

Sumário

<i>Resumo</i>	
<i>Abstract</i>	
<i>Resumen</i>	
<i>Lista de Ilustrações</i>	
<i>Lista de Quadros</i>	
<i>Lista de Gráficos</i>	
<i>Lista de siglas</i>	
Introdução	1
<i>Processo de Enfermagem</i>	2
<i>Estudos de Validação de Diagnósticos de Enfermagem</i>	5
<i>O Trato Urinário</i>	9
<i>O Cateter Urinário</i>	11
<i>Delimitação do problema</i>	14
Objetivos	17
<i>Objetivo Geral</i>	18
<i>Objetivos Específicos</i>	18
Referencial Teórico- Metodológico	19
<i>Análise de Conceito: Método Evolucionário de Rodgers</i>	20
<i>Validação por Consenso</i>	25
Procedimentos Metodológicos	28
<i>Primeira etapa: Análise de Conceito</i>	29
<i>Identificação do conceito de interesse e expressões associadas</i>	29
<i>Identificação e seleção de amostra para coleta</i>	30
<i>Coleta de dados relevante para identificar: atributos e bases contextuais ...</i>	35
<i>Análise de dados</i>	36
<i>Identificação de um exemplo do conceito</i>	36
<i>Identificação de implicações e hipóteses</i>	36
<i>Segunda etapa: Elaboração da proposta de diagnóstico de enfermagem</i>	37
<i>Eixo 1: O conceito diagnóstico</i>	37
<i>Eixo 2: Sujeito do diagnóstico</i>	38
<i>Eixo 3: Julgamento</i>	38
<i>Eixo 4: Localização</i>	38
<i>Eixo 5: Idade</i>	38
<i>Eixo 6: Tempo</i>	38
<i>Eixo 7: Situação do diagnóstico</i>	38
<i>Proposta de enunciado e definição</i>	39
<i>Proposta de fatores de risco</i>	39
<i>Sugestão de Resultados para Risco de lesão do trato urinário</i>	40
<i>Sugestão de Intervenções para Risco de lesão do trato urinário</i>	40
<i>Terceira etapa: Validação de conteúdo diagnóstico</i>	40
<i>Aspectos Éticos</i>	43
Resultados e Discussão	44

<i>Primeira etapa: Análise do conceito Lesão do trato urinário</i>	45
<i>Termos substitutos e Termos relacionados</i>	45
<i>Atributos do Conceito</i>	46
<i>Antecedentes</i>	52
<i>Consequências</i>	61
<i>Exemplo</i>	64
<i>Limitações</i>	64
<i>Implicações</i>	64
<i>Segunda etapa: Elaboração e proposta de diagnóstico de enfermagem</i>	66
<i>Eixo 1: O conceito diagnóstico</i>	66
<i>Eixo 2: Sujeito do diagnóstico</i>	66
<i>Eixo 3: Julgamento</i>	66
<i>Eixo 4: Localização</i>	66
<i>Eixo 5: Idade</i>	67
<i>Eixo 6: Tempo</i>	67
<i>Eixo 7: Situação do diagnóstico</i>	67
<i>Proposta de enunciado e definição</i>	67
<i>Proposta de fatores de risco</i>	67
<i>Sugestão de Resultados para Risco de lesão do trato urinário</i>	69
<i>Sugestão de Intervenções para Risco de lesão do trato urinário</i>	70
<i>Terceira etapa: Validação de conteúdo diagnóstico</i>	71
<i>Caracterização dos peritos</i>	71
<i>Validação por consenso</i>	74
<i>Inserção do diagnóstico na taxonomia</i>	74
<i>Enunciado diagnóstico</i>	75
<i>Definição do diagnóstico</i>	75
<i>Fatores de risco</i>	76
<i>Aplicabilidade do diagnóstico proposto</i>	83
Conclusões	84
Referências	88
Apêndices	97

Introdução

1. Introdução

1.1. Processo de Enfermagem

O cuidar constitui a essência da prática de enfermagem (LIRA; ALBUQUERQUE; LOPES, 2007), que é uma atividade humana que tem acumulado conhecimentos empíricos de modo crescente do ponto de vista histórico e possui teorias próprias, sendo por isto considerada uma ciência. O seu objeto de estudo é assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas (HORTA, 1979).

O processo de enfermagem é considerado a base para a prática de enfermagem (AVANT, 1979). Pode ser definido como um instrumento metodológico, um estilo de pensamento utilizado para direcionar os cuidados de enfermagem. Este instrumento oferece suporte para a assistência de enfermagem através da avaliação do paciente. Após esta avaliação são elaborados diagnósticos de enfermagem e metas são estabelecidas para subsidiar a escolha de intervenções de enfermagem (CRUZ, 2008).

Ele tem por finalidade favorecer um cuidado qualificado ao paciente e para isso utiliza bases teóricas. Envolve etapas específicas, de modo a organizar a assistência de enfermagem e promover um atendimento competente e resolutivo (CARVALHO; BACHION, 2009).

Este processo é apontado por alguns autores, quando inserido num contexto interdisciplinar de saúde, como um elemento que articula e mobiliza os processos de melhoria nos atendimentos (BACKES, et al. 2008), além de estimular a busca e construção de conhecimentos científicos (POKORSKI, et.al., 2009).

No contexto do processo de enfermagem, após a realização da coleta de dados os diagnósticos de enfermagem (DE) são elaborados com vistas a atender as necessidades de um indivíduo, família ou comunidade. Avant (1979) aponta esta etapa como a fase do processo mais controversa e de difícil de entendimento.

Faye Abdellah (1957) foi uma das primeiras autoras a se referir ao diagnóstico de enfermagem para os problemas levantados através da coleta de dados. A autora definiu diagnóstico de enfermagem como uma determinação

da causa e da extensão dos problemas de enfermagem apresentados por pacientes ou família que recebem cuidados.

O diagnóstico de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem que fornece subsídios para propor intervenções de enfermagem para resolver os problemas de saúde encontrados, sendo o planejamento destas intervenções de responsabilidade exclusiva do enfermeiro. O estudo dos diagnósticos facilita a comunicação, uma vez que proporciona uma linguagem própria para a profissão (LIRA; ALBUQUERQUE; LOPES, 2007).

Apesar de ser apontada como uma das etapas mais complexas de todo o processo, (AVANT, 1979; FOSCHIERA; VIEIRA, 2004), ao não utilizá-la os cuidados podem ficar fragmentados, sem a visão como um todo do paciente e como consequência, os cuidados prescritos não têm relação com os problemas encontrados. Em contrapartida quando usado da maneira correta, o diagnóstico de enfermagem mostra-se como um facilitador para as atividades de enfermagem, uma vez que aponta quais são as intervenções mais adequadas para suprir as necessidades levantadas (FOSCHIERA; VIEIRA, 2004).

As classificações científicas são sistemas padronizados que organizam um fenômeno científico de interesse (LUNNEY, 2008). Deste modo, a padronização da linguagem de enfermagem reflete e apresenta o seu trabalho, além de permitir uma avaliação da qualidade e da eficácia do cuidado realizado (MULLER-STAU, 2009).

A classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA-International Inc. (NANDA-I) teve seu início em 1973 (LUNNEY, 2008), é uma taxonomia que possibilita o estudo das necessidades dos indivíduos, família e comunidade de forma sistemática.

A taxonomia II dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I é estruturada em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. Em sua edição mais recente apresenta-se composta por 13 domínios, 47 classes e 199 diagnósticos de enfermagem (HERDMAN, 2012).

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais [...] promove a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (HERDMAN, 2012, p. 515).

Os diagnósticos de enfermagem são classificados por esta taxonomia em diagnósticos atuais, de risco, de promoção de saúde e síndromes (HERDMAN, 2012).

O diagnóstico de enfermagem atual “descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família, grupo ou comunidade” (HERDMAN, 2012, p. 515).

O julgamento clínico da motivação e do desejo em aumentar o bem-estar expresso por uma pessoa, família, grupo ou comunidade é considerado um diagnóstico de enfermagem de promoção de saúde. Este pode ser expresso através da disponibilidade para melhorar comportamentos de saúde específicos, e podem ser utilizados em qualquer estado de saúde (HERDMAN, 2012, p. 515).

Síndrome é definida como um julgamento clínico que engloba um grupo de diagnósticos de enfermagem que ocorrem ao mesmo tempo e são tratados com as mesmas intervenções (HERDMAN, 2012, p. 515).

Um diagnóstico de risco descreve:

Um julgamento clínico sobre as experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Está apoiado em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade (HERDMAN, 2012, p. 515).

Os fatores de risco são definidos por Herdman (2012, p. 516) como elementos ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que deixam um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulneráveis frente a um evento insalubre. Somente diagnósticos de enfermagem de risco apresentam estes fatores na taxonomia e eles devem ter suporte na literatura.

Os sistemas de classificações científicas precisam ser desenvolvidos e refinados através das pesquisas. Na enfermagem estudos com várias populações devem ser realizados, permitindo que novos diagnósticos sejam inseridos e que os diagnósticos existentes sejam refinados. Por este motivo, enfermeiras devem conhecer os processos de pesquisa que podem ser utilizados para validar os diagnósticos de enfermagem (LUNNEY, 2008).

Recentemente, cada diagnóstico de enfermagem traz em sua base uma pesquisa e alguns têm níveis de evidência mais fortes que outros. Estes estudos são extremamente necessários para a valorização da base de evidências da taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I e o comitê responsável pelo desenvolvimento destes diagnósticos vem exigindo evidências cada vez mais sólidas para aprovação de novos diagnósticos (NANDA-I, 2010, p. 56).

1.2. *Estudos de Validação de Diagnósticos de Enfermagem*

Para manter o nível de evidências de seus diagnósticos a NANDA-I precisa ter o suporte de pesquisas contínuas. Dentre os tipos de estudo indicados pela taxonomia estão entre outros, a análise de conceito, a validação de conteúdo e a validação por consenso. Além disso, também são necessários estudos para estabelecer a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo dos indicadores clínicos em populações específicas, estudos que avaliem a acurácia dos diagnósticos e estudos de implementação (HERDMAN, 2012, p.114).

Um diagnóstico de enfermagem válido é considerado aquele que tem fundamento em evidências científicas e resiste às críticas dos profissionais que com ele trabalham (FEHRING, 1987).

Basicamente encontramos na literatura quatro modelos para validação dos diagnósticos de enfermagem: os três modelos de Gordon e Sweeney (1979), os sete passos de Avant (1979), o modelo Fehring (1986; 1987; 1994) e o modelo proposto por Hoskins (1989).

Gordon e Sweeney (1979) apresentaram três modelos para identificar e validar diagnósticos utilizando os princípios da pesquisa descritiva. Estes modelos foram classificados como: modelo de identificação retrospectiva, modelo clínico e modelo de validação por enfermeira.

O modelo de identificação retrospectiva utiliza a experiência de enfermeiras que são questionadas a descrever problemas de saúde que trataram no passado. As autoras apontam que a seleção das enfermeiras deve

ser cuidadosa e considerar o tempo de experiência clínica, o conhecimento especializado e familiaridade com diagnósticos (GORDON; SWEENEY, 1979).

O modelo clínico utiliza a observação de comportamentos dos pacientes diretamente em ambientes clínicos para validar os diagnósticos. A coleta de dados pode ser feita através de informações verbais ou dos registros do paciente (GORDON; SWEENEY, 1979).

Por fim, o terceiro modelo classificado como modelo de validação por enfermeira determina se as características definidoras identificadas anteriormente ocorrem como conjunto em um número suficiente de casos (GORDON; SWEENEY, 1979).

Avant (1979) propôs sete passos para identificação e validação de diagnósticos de enfermagem.

O primeiro passo é baseado na premissa que enfermeiros são bons observadores e notam algo no paciente que pode ser embasado por uma teoria (AVANT, 1979).

Em seguida as mesmas observações são realizadas em um pequeno grupo de pacientes, e se forem consistentes com a ideia original uma tentativa de diagnóstico pode ser feita. Este é o segundo passo (AVANT, 1979).

O terceiro passo descreve que deve ser realizada uma pesquisa na literatura através de uma análise de conceito. No próximo passo um estudo sistemático de uma grande amostra de pacientes deve ser realizado (AVANT, 1979).

Uma validação, então, se faz necessária. O quinto passo estabelece a observação da frequência em que cada critério estabelecido ocorre e o sexto a organização destes elementos em grupos e subgrupos (AVANT, 1979).

Finalmente, o sétimo passo estabelece a formação de hipóteses para determinar se intervenções específicas afetam o comportamento do paciente (AVANT, 1979).

O modelo proposto por Fehring (1986; 1987; 1994) envolve três etapas para a validação: revisão de literatura, validação de conteúdo diagnóstico (DCV – Diagnostic Content Validity) e validação clínica de diagnóstico (CDV – Clinical Diagnostic Validity).

Uma revisão de literatura deve ser realizada no início do processo, pois é ela quem vai fornecer suporte da literatura para o diagnóstico e seus elementos a serem validados (FEHRING, 1987, 1994).

Após esta etapa é iniciada a validação de conteúdo diagnóstico, que consiste na obtenção da opinião de enfermeiros especialistas sobre o grau em que cada característica definidora representa o diagnóstico a ser validado (FEHRING, 1986, 1987, 1994). Os especialistas pontuam cada elemento do diagnóstico baseados em uma escala tipo Likert de cinco pontos, onde o número um se refere a um elemento não característico do diagnóstico e o número cinco um elemento muito característico (FEHRING, 1986, 1987).

Cada ponto da escala tem um peso e o valor é obtido somando os pesos pontuados em cada característica definidora pelo número total de respostas. A característica deve pontuar mais de 0,50 para que seja considerada válida (FEHRING, 1986, 1987).

A NANDA – I (2013) aponta que os estudos de validação de conteúdo são fundamentais para revisar os diagnósticos de enfermagem existentes na taxonomia e também para o desenvolvimento de novos diagnósticos.

Uma das dificuldades deste método é encontrar enfermeiros especialistas no diagnóstico que será validado. O autor aponta que um número adequado de peritos varia de 25 a 50 e que estes devem ter minimamente mestrado em enfermagem (FEHRING, 1986, 1987, 1994).

Ter enfermeiros com real especialidade é um ponto muito importante para a validade do trabalho (FEHRING, 1987). Contudo, este é também um ponto onde são encontradas dificuldades, tanto para encontrar peritos com real especialidade no tema estudado quanto para encontrar o número adequado proposto pelo autor.

A dificuldade em realizar este tipo de pesquisa no Brasil foi confirmada por um estudo onde apenas 1,3% dos enfermeiros que foram convidados a serem peritos responderam ao convite (RIBEIRO, 2012).

Após a validação de conteúdo, este autor propõe que seja realizada a validação clínica onde são obtidas evidências do diagnóstico a ser validado em um ambiente clínico (FEHRING, 1986, 1987, 1994) e pode ser realizada de duas formas. O modelo conhecido como original utiliza a observação clínica

com dois especialistas clínicos. O modelo modificado envolve a obtenção das informações clínicas diretamente com o paciente (FEHRING, 1987, 1994).

Fehring (1986, 1994) propõe ainda o modelo de correlação etiológica (ECR - Etiological Correlation Ratings), que fornece evidência sobre os níveis de relação entre uma etiologia e um diagnóstico. Além destes, o autor descreve um método para diferenciar diagnósticos semelhantes e diferentes níveis do mesmo diagnóstico, denominado modelo de validação diferencial de diagnósticos (DDV – Differential Diagnostic Validity) (FEHRING, 1987, 1994).

Hoskins (1989) aponta que um estudo de validação de diagnóstico de enfermagem pressupõe, em linhas gerais, a análise de conceito, a validação por peritos e a validação clínica e denomina este conjunto de ações como Metodologias de Validação Clínica.

A análise de conceito é a primeira fase para a validação de diagnósticos segundo o modelo proposto por Hoskins (1989) e nela serão determinados as características particulares dos atributos do conceito. Ela inclui uma revisão de literatura e a construção de uma teoria (HOSKINS, 1989).

A revisão de diagnósticos de enfermagem através da análise de conceito (AC) promove uma atualização de conhecimentos de interesse para a prática da enfermagem. A capacidade de definir claramente os diagnósticos e seus componentes (definição, características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco) é fundamental para um cuidado seguro ao paciente, com uma precisa comunicação interdisciplinar e uma explicação do domínio do conhecimento da enfermagem e suas disciplinas. Contudo, sem definir claramente os diagnósticos relevantes e seus componentes, a linguagem da enfermagem não é padronizada e a comunicação sobre os pacientes permanece incerta e potencialmente insegura (HERDMAN; KAMITSURU 2011).

A validação de conteúdo diagnóstico através da análise realizada por peritos consiste em obter o aceite de especialistas sobre a adequação de elementos de um diagnóstico de enfermagem, verificar se o que foi proposto está completo e representando adequadamente o conceito. Esta validação deve ser realizada após a análise de conceito (HOSKINS, 1989).

Para as fases de validação por peritos e validação clínica esta autora utiliza os modelos propostos por Fehring (1987), descritos anteriormente.

Outro método utilizado para validação de conteúdo também encontrado na literatura é a validação por consenso, contudo trata-se de um modelo utilizado mais comumente para validar instrumentos.

A validação por consenso consiste em um processo onde se obtém a opinião ou concordância entre o autor do instrumento e um grupo de especialistas, com o objetivo de validar seu conteúdo e realizar alterações que se mostrarem necessárias (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Um mínimo de cinco peritos fornece um nível suficiente de controle. Contudo, em algumas áreas é difícil encontrar muitos peritos e obter sua colaboração, sendo que nestas áreas o número mínimo de peritos pode ser três (LYNN, 1986).

Após determinar o número de peritos deve ser estabelecido o índice de concordância entre peritos que será adotado (LYNN, 1986). O modo mais utilizado para quantificar a validade de conteúdo é o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual deriva de uma escala ordinal de quatro pontos onde um representa um item não relevante e quatro um item extremamente relevante (LYNN, 1986; WESTMORELAND, et.al., 2000).

Os números um e dois indicam um conteúdo inválido, devem ser eliminados ou revisados, e os números três e quatro representam um conteúdo válido (WYND, 2003).

1.3. O Trato Urinário

As atividades corpóreas resultam na decomposição de substâncias orgânicas, na liberação de energia e na formação de produtos que devem ser eliminados. Estes produtos são excretados através da urina (DÂNGELO; FATTINI, 2004).

O trato urinário é o sistema responsável pelas funções reguladoras, excretoras e secretoras do organismo (SMELTZER; BARE, 2006). Este sistema é composto pelos rins, os órgãos responsáveis pela formação da urina, e por ureteres, bexiga e uretra, que são destinados à eliminação da urina (DÂNGELO; FATTINI, 2004).

Os rins são órgãos pares de coloração castanho-avermelhada compostos por duas regiões distintas: o parênquima e a pelve renal. Estes órgãos estão posicionados no espaço retroperitoneal e são responsáveis pela formação de urina, excreção de produtos residuais, regulação de eletrólitos, regulação do equilíbrio ácido-básico e hídrico, controle da pressão arterial, regulação da produção de eritrócitos, síntese de vitamina D na sua forma ativa e secreção de prostaglandinas (SMELTZER; BARE, 2006).

O ureter é um longo e estreito tubo muscular que se origina na porção inferior da pelve renal e termina no trígono vesical, conectando deste modo, os rins à bexiga (SMELTZER; BARE, 2006; DÂNGELO; FATTINI, 2004). Estas estruturas medem aproximadamente 30 centímetros de comprimento, porém esta medida varia de acordo com a altura do indivíduo (TANAGHO, 2007).

A bexiga é um órgão muscular oco com a finalidade de armazenar urina, localizado posteriormente ao osso púbis (SMELTZER; BARE, 2006; TANAGHO, 2007; DÂNGELO; FATTINI, 2004), sendo que no adulto a capacidade de armazenamento varia de 400 ml a 500 ml (TANAGHO, 2007).

A uretra é uma estrutura que tem origem no colo da bexiga, sendo que no homem atravessa o pênis e é a via comum para a micção e ejaculação, enquanto na mulher ela desemboca anterior à vagina e é destinada apenas a micção (SMELTZER; BARE, 2006; DÂNGELO; FATTINI, 2004).

No homem, a uretra tem de 18 a 20 centímetros de comprimento e seu epitélio de revestimento varia de acordo com a porção. A superfície desta estrutura apresenta invaginações, glândulas e condutos excretores e estas estruturas contribuem para o desenvolvimento de infecções, além de ser um perigo adicional para a instrumentação da uretra (LENZ, 2006).

A próstata é um órgão pélvico masculino, ímpar, situado imediatamente abaixo da bexiga e circunda a uretra anterior e lateralmente (SMELTZER; BARE, 2006; TANAGHO, 2007; DÂNGELO; FATTINI, 2004). Trata-se de um órgão glandular, fibromuscular que pesa aproximadamente 20 gramas (TANAGHO, 2007).

A uretra feminina mede cerca de 4,0 centímetros de comprimento e assim como a masculina ela apresenta glândulas e seu revestimento epitelial varia ao longo de seu trajeto (TANAGHO, 2007; LENZ, 2006).

Por estar em continuidade com o meio externo, a uretra está sob constante ameaça de colonização (LENZ, 2006).

Com exceção dos centímetros finais da uretra, o trato urinário é um sistema estéril (LENZ, 2006).

1.4. O Cateter Urinário

Um cateter urinário é um tubo oco e flexível que é inserido na bexiga de modo intermitente ou contínuo, com o objetivo de drenar urina (PROMFRET; NAZARKO, 2006; GENG, et. al., 2012) ou instilar fluidos (PROMFRET; NAZARKO, 2006).

O cateterismo urinário é uma prática antiga, utilizada há milhares de anos, sendo que o primeiro registro do seu uso foi no Egito antigo (PROMFRET; NAZARKO, 2006).

Este procedimento não deve ser utilizado sem uma indicação clara. Antes de proceder a um cateterismo vesical todas as alternativas devem ser consideradas, sendo que o cateter deve ser a última delas, após todas as outras terem falhado ou se mostrado insuficientes. Além disso, assim que possível o cateter deve ser removido, ele não deve permanecer alocado por um tempo maior do que o necessário (GENG, et. al., 2012). A permanência do cateter vesical por longos períodos pode causar não somente complicações locais como também sistêmicas (HOMENKO; LELIS; CURY, 2003).

Existem vários tipos, materiais e diâmetros de cateteres urinários e a sua indicação irá depender da necessidade apresentada pelo paciente.

Os cateteres de uma via apresentam apenas um canal para drenagem urinária, não possuem balão de retenção e não são utilizados para longa permanência (GENG, et. al., 2012).

O primeiro cateter de duas vias utilizando balão de retenção para manter o cateter na bexiga foi desenvolvido em 1853 por Jean Francois Reybard e redesenhado em 1932 por Frederick Foley (HERTER, 2010).

O cateter de três vias é indicado para a irrigação contínua da bexiga. É utilizado principalmente após cirurgias urológicas ou em casos de sangramento por tumores de bexiga ou próstata onde há necessidade de irrigação vesical contínua ou intermitente para eliminar coágulos (ROBINSON, 2006).

O diâmetro dos cateteres urinários é medido em Charrière (Ch or CH) também conhecido como French Gauge (F, Fr or FG). Esta unidade de medida indica o diâmetro externo do dispositivo, onde 1 mm = 3 Ch e os tamanhos disponíveis variam entre 6 a 30 Ch. A escolha do diâmetro é usualmente baseada na idade, no gênero e na indicação do cateterismo (GENG, et. al., 2012).

O cateterismo vesical pode ser realizado de duas formas diferenciadas, de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente: cateterismo simples/alívio ou cateterismo de demora.

O cateterismo simples, conhecido também como sondagem de alívio, é praticado habitualmente com a sonda uretral de uma via e tem como principais indicações, aliviar a retenção urinária aguda, determinar a existência do resíduo urinário, obter amostras de urina para exames laboratoriais, instilar medicamentos e também a exploração da uretra (LENZ, 2006), além disso, é utilizado para auto-sondagem em casos de deteriorização da função da bexiga.

O cateterismo vesical de demora é praticado utilizando o cateter de Foley com uma ou duas vias e apresenta como indicações a drenagem vesical devido à obstrução crônica, após cirurgias urológicas e pélvicas. Pode ser indicado também nos casos de bexiga neurogênica, controle de diurese em pacientes graves e também para assegurar a higiene e o conforto de pacientes que se apresentam como incontinentes urinários e comatosos (LENZ, 2006).

O cateterismo vesical de demora e intermitente são procedimentos comuns em pacientes hospitalizados, sendo estes em sua maioria realizados por profissionais enfermeiros. No domicílio o cateterismo intermitente vem se tornando uma prática cada vez mais comum a ser realizada pelo próprio paciente, contudo, o treinamento para o paciente ou familiar é realizado por enfermeiros.

Cerca de 10% de todos os pacientes hospitalizados são submetidos ao procedimento de cateterização vesical durante a internação e permanecem com o cateter uma média de quatro dias (KUGA; FERNANDES, 2008).

Um estudo realizado em instituições de enfermagem especializadas em cinco estados norte-americanos mostrou que 12.6% pacientes admitidos nestas instituições estavam em uso de cateteres urinários (ROGERS et. al., 2008).

No Brasil um estudo realizado em um período de oito meses em um hospital universitário apontou que neste período foram internados 1.727 pacientes adultos, destes 14,1% foram submetidos ao cateterismo vesical de demora (STAMM, 1999).

Contudo, o uso de cateteres urinários não é um procedimento isento de riscos, ele está associado a um alto potencial de complicações, entre elas bacteriúria, lesões uretrais, obstrução, bacteremia, hemorragia, danos á bexiga, formação de cálculos na bexiga, fístula, perfuração vesical, falso trajeto, entre outras (DRINKA, 2006; NAZARKO, 2007; LENZ, 2006; SANTOS, 2010). Além disso, o cateterismo e a drenagem contínua reduzem a capacidade de armazenamento da bexiga (NAZARKO, 2007).

Os homens são mais propensos a lesões traumáticas do que as mulheres, no uso destes dispositivos. Isso ocorre devido às especificidades da anatomia da uretra masculina. Um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que a incidência de lesões por uso de sonda em homens num hospital é de 3,2 lesões por 1.000 internações (KASHEFI, 2008).

As complicações decorrentes do cateterismo vesical na população masculina podem incluir as uretrites, fístula uretral, orquite, abscesso escrotal, prostatite e abscesso prostático (DRINKA, 2006).

No entanto, as mulheres são mais suscetíveis ao desenvolvimento de infecções do trato urinário, principalmente quando em uso de cateteres vesicais (LO, et.al., 2008).

Santos (2010) em uma revisão integrativa sobre complicações pelo uso da sonda identificou a presença de lesões traumáticas por insuflação do balão, falso trajeto, trauma vesical, perfuração vesical e fístulas; complicações secundárias às lesões como formação de falso meato, estenose uretral, necrose por pressão e até mesmo câncer de bexiga; e outros tipos de complicações como trabeculação da parede vesical, atrofia, reação alérgica ao látex e cálculo vesical.

As complicações do uso de sonda vesical são inúmeras, então é preciso que o enfermeiro, profissional responsável na maioria das vezes pela inserção e manutenção deste dispositivo, tenha conhecimento dos fatores de risco que possam levar a uma possível lesão no trato urinário.

1.5. Delimitação do problema

Dentre os diagnósticos apontados pela NANDA-I, o Risco de lesão chama a atenção por ter sido aprovado e estar na taxonomia desde 1978, sem nenhuma revisão ou atualização desde então.

Este diagnóstico desperta o interesse também por sua amplitude, ou seja, é um diagnóstico com muitas possibilidades de utilização na prática clínica, mas que ao mesmo tempo suscita diversas dúvidas na escolha dos seus fatores de risco.

Risco de lesão é definido pela NANDA-I como “Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo” (HERDMAN, 2012, p. 497).

Os fatores de risco estabelecidos para este diagnóstico evidenciam uma ampla possibilidade de utilização em diferentes áreas de atuação da enfermagem e com variada população. Eles são apresentados pela taxonomia da NANDA – I como fatores de risco internos e externos.

Os fatores internos apresentados são: desnutrição, disfunção bioquímica, disfunção dos efetores, disfunção imune/autoimune, disfunção integrativa, disfunção sensorial, fatores físicos (pele lesionada, mobilidade alterada), hipóxia tecidual, idade do desenvolvimento, perfil sanguíneo anormal e fatores psicológicos.

A NANDA-I apresenta como fatores de risco externos os seguintes elementos: biológicos, físicos, humanos, meio de transporte, nutricionais e químicos.

Ao longo de nossa trajetória profissional, questionamentos em relação à sua aplicabilidade surgiram, uma vez que este parece abranger outros diagnósticos de risco já existentes na taxonomia, mas ao mesmo tempo deixa dúvidas acerca de sua utilização em outras situações mais particulares, como por exemplo, com pacientes em uso de sonda vesical.

Autores apontam dificuldade em utilizar o diagnóstico de Risco de lesão para os pacientes em uso de sonda vesical, devido às limitações para classificá-la como um dos fatores de risco apontados neste diagnóstico (NAPOLEÃO, et. al., 2009).

Santos (2010) destaca também a ausência de outro diagnóstico de enfermagem que contemple a situação de vulnerabilidade dos pacientes que fazem uso do cateter vesical. Como é o caso do diagnóstico de enfermagem Risco de trauma, inserido na taxonomia em 1980 e que, apesar de apresentar ampla gama de fatores de risco, nenhum deles pode ser utilizado para os pacientes em uso de cateteres vesicais.

Além disso, a sua definição “risco de lesão tecidual acidental (p. ex., ferida, queimadura, fratura)” (HERDMAN, 2012, p. 513) suscita dúvidas no momento de escolher este diagnóstico para os pacientes em uso de cateteres vesicais.

Deste modo, é preciso que estes conceitos sejam definidos para que o uso da terminologia seja adequado ao que se está propondo.

Lesão pode ser definida como um dano produzido em uma estrutura ou órgão, sendo que, este dano pode ser funcional ou orgânico (FERREIRA, 2009). Trauma define-se como uma lesão física de extensão, intensidade e gravidade variáveis que pode ser produzida de forma acidental (FERREIRA, 2009; KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

Com base nestas definições, podemos inferir que lesão é um termo mais amplo que trauma, onde o trauma pode ser classificado como um tipo de lesão, mas uma lesão nem sempre pode ser considerada um trauma. Santos (2010) utilizou a palavra lesão para as complicações ocasionadas pelo cateter vesical de demora levantadas em seu estudo.

Considerando que o cateterismo vesical é um procedimento amplamente utilizado, que apresenta riscos de complicações e a dificuldade em selecionar um diagnóstico de enfermagem que contemple a situação de risco dos pacientes que fazem uso destes cateteres o presente estudo propõe um novo diagnóstico.

Diante destas possíveis complicações elencadas acima e também dos riscos inerentes ao procedimento de sondagem vesical, este estudo justifica-se e mostra-se relevante, uma vez que, através da identificação dos fatores de risco para lesão por uso de sonda vesical é possível para a enfermagem traçar um plano de cuidados visando à prevenção desta injúria.

Deste modo, este estudo visa realizar a análise de conceito e a partir de seus resultados elaborar os elementos deste novo diagnóstico proposto. Com

isto, encaminhar o conteúdo desta proposta para avaliação de especialistas a fim de realizar as duas primeiras etapas propostas para estudos de validação de diagnósticos de enfermagem.

Os estudos de validação são a base para futuros estudos relacionando os diagnósticos com outros fenômenos, populações específicas e diferentes faixas etárias. A utilidade de uma classificação internacional depende de um consenso global que é estabelecido através da pesquisa (LUNNEY, 2008).

Objetivos

2. Objetivos

2.1. *Objetivo Geral*

Elaborar, propor e validar Risco de lesão do trato urinário como um diagnóstico de enfermagem.

2.2. *Objetivos Específicos*

- Realizar a análise de conceito (AC) de Lesão do trato urinário;
- Elaborar a proposta do diagnóstico de enfermagem Risco de Lesão do trato urinário por meio da análise de conceito;
- Realizar a validação por consenso entre especialistas do conteúdo do diagnóstico proposto.

*Referencial Teórico-
Metodológico*

3. Referencial Teórico-Methodológico

3.1. Análise de Conceito: Método Evolucionário de Rodgers

A primeira etapa para elaboração de novos diagnósticos e atualização daqueles já existentes é a identificação e a formulação de conceitos (NANDA-I, 2010).

Um conceito é considerado uma abstração expressa de algum modo (RODGERS, 1989). Eles são formados pela identificação das características comuns a uma classe de objetos ou fenômenos juntamente com alguns significados da expressão. O conceito representa mais que uma palavra, pois não é a palavra que desperta o interesse para a análise, mas a ideia que é expressa ao se utilizar a palavra (RODGERS, 2000).

Apesar dos conceitos serem individuais, o seu processo de abstração, agrupamento e associação com a palavra é influenciado fortemente pela socialização (RODGERS, 2000).

Os conceitos facilitam as categorizações, contribuindo deste modo na determinação sobre como referir ou discutir situações, eventos ou fenômenos. Deste modo, conceitos claros são necessários para caracterizar fenômenos de interesse, descrever as situações de modo apropriado e apresentar uma comunicação efetiva (RODGERS, 2000).

O processo de desenvolvimento do conceito pode ser descrito como um ciclo, pois apresenta continuidade através do tempo dentro de um determinado contexto. Este contexto pode ser uma disciplina, um grupo cultural, ou ainda uma teoria. São evidenciados três aspectos dentro deste ciclo de desenvolvimento: o *significado*, o *uso* e a *aplicação* do conceito (RODGERS, 2000).

A análise de conceito tem seu foco na fase do *uso* e é direcionada para clarear o conceito e sua utilidade, além de identificar seus atributos como base para futuros desenvolvimentos (RODGERS, 2000).

A visão evolucionária descrita por Rodgers (1989; 2000) deriva de um pensamento filosófico contemporâneo e foi descrita para superar algumas dificuldades associadas com as posições tradicionais (RODGERS, 2000).

Na abordagem evolucionária, a ênfase encontra-se na pesquisa indutiva. Os conceitos não devem ser vistos como estáticos, como entidades atemporais com limites definidos que não mudam (RODGERS, 2000).

Segundo a autora, neste modelo os resultados não revelam precisamente o que o conceito é ou não é, mas seguindo a ideia de um ciclo de desenvolvimento contínuo, os resultados fornecem a clareza necessária para criar uma base de conhecimentos para futuras pesquisas e desenvolvimentos (RODGERS, 2000).

O objetivo da análise de conceito é definir um conceito de interesse, em termos de sua essência, de condições necessárias e suficientes para delinear os seus domínios e limites. Esta análise é utilizada para clarear o conceito e seu atual uso (RODGERS, 2000).

O método de análise de conceito proposto por Rodgers (2000) é apresentado em seis fases. A maior parte destas atividades ocorre simultaneamente durante o processo, contudo são apresentadas separadamente para facilitar a discussão. São elas:

- Identificação do conceito de interesse e expressões associadas;
- Identificação e seleção apropriada amostra para coleta de dados;
- Coleta de dados relevante para identificar: (a) atributos do conceito e (b) bases conceituais do conceito, incluindo variações interdisciplinares, socioculturais e temporais (antecedentes e consequências);
- Análise de dados, considerando características maiores do conceito;
- Identificação de um exemplo do conceito, se apropriado;
- Identificação de implicações e hipóteses para futuros desenvolvimentos do conceito.

A primeira etapa consiste na identificação do conceito de interesse e expressões associadas. O foco no início do estudo é determinar o conceito de interesse e apropriada terminologia para guiar a análise (RODGERS, 2000).

A autora aponta que este processo de seleção é complicado, pois o mesmo conceito pode ser expresso com diferentes termos e que a familiaridade com a literatura nesta fase é essencial para a escolha do conceito e terminologias apropriadas para o foco do estudo (RODGERS, 2000).

A segunda fase proposta pelo método evolucionário de Rodgers (2000) envolve a identificação e seleção de amostra apropriada para coleta de dados.

Em uma análise baseada na literatura a amostra faz referência ao período de tempo a ser examinado e às especialidades ou tipo de literatura que será utilizado (RODGERS, 2000).

A decisão sobre qual tipo de especialidade selecionar deve ser realizada com base na familiaridade com a literatura e conhecimento sobre quais áreas tem interesse e frequentemente utilizam o conceito de interesse (RODGERS, 2000).

Os objetivos da pesquisa tem uma forte influencia na seleção da amostra para a coleta de dados. Assim como em qualquer pesquisa as escolhas relacionadas a esta seleção são realizadas com base nas questões iniciais realizadas pelo pesquisador e nos resultados esperados, sendo o objetivo final a construção de um desenho rigoroso consistente com os objetivos do estudo (RODGERS, 2000).

Para muitos conceitos, principalmente aqueles mais utilizados em enfermagem e em cuidados domiciliares a autora coloca a importância de incluir na amostra selecionada a literatura popular. A autora cita que muitos pesquisadores ganham consideráveis quantidades de informações referentes à saúde e cuidados de saúde através da mídia popular. Estas fontes de dados formam seus próprios conceitos (RODGERS, 2000).

A terceira fase consiste na coleta dos dados relevantes do material levantado na segunda fase. Esta coleta deve ser relevante para identificar os atributos e bases conceituais do conceito, incluindo variações interdisciplinares, socioculturais e temporais (antecedentes e consequências) (RODGERS, 2000).

Após a fase de busca e seleção do material deve-se realizar leitura dos textos levantados, primeiro em sua totalidade, e depois focando o contexto do conceito, termos similares, termos relacionados, antecedentes, atributos, exemplos e consequências (RODGERS, 2000).

Primeiramente devem ser identificados os atributos, que são definidos como um conjunto de características do conceito em questão (RODGERS, 2000). Segundo Rodgers (1989) um conceito está associado com um grupo particular de atributos, que constituem a definição deste conceito.

De acordo com este modelo, os atributos que constituem a definição do conceito não formam um conjunto fixo de condições necessárias e suficientes, mas podem mudar a todo o tempo, por convenção ou por redefinição proposital com a finalidade de manter um conceito útil, aplicável e efetivo (RODGERS, 2000).

Quando os atributos que compõem um conceito não estão claros as habilidades para comunicar e categorizar o fenômeno permanecem limitadas (RODGERS, 2000).

A identificação das bases contextuais é realizada após a classificação dos atributos e se refere aos contextos situacionais, temporais (antecedentes e consequências), socioculturais e interdisciplinares nos quais o conceito está envolvido. O foco em realizar esta busca consiste em entender em quais situações o conceito é utilizado, como ele é utilizado em cada situação e por pessoas com diferentes perspectivas (RODGERS, 2000).

Os antecedentes são definidos como eventos, fenômenos que podem ser associados com o conceito no passado. As consequências são os eventos que seguem uma ocorrência do conceito, ou seja, é o resultado do uso do conceito em uma situação prática. Identificar antecedentes e consequências promove maior clareza sobre o conceito (RODGERS, 1989; RODGERS, 2000; TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010).

O significado e uso do conceito parecem ser influenciados pela enfermagem como especialidade e pela educação e socialização na cultura da enfermagem. Portanto, a maneira como o conceito é entendido difere entre as áreas e especialidades da saúde, (RODGERS, 2000; TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010) sendo relevante para a análise avaliar as variações interdisciplinares do conceito.

Para que haja uma maior clareza da análise, também são coletados dados relacionados às referências do conceito. As referências indicam as atuais situações nas quais o conceito é aplicado, e o propósito de identificá-las consiste em melhor entender as situações sobre as quais a aplicação do conceito foi considerada apropriada (RODGERS, 1989; RODGERS, 2000).

Ainda nesta fase, são coletados os termos similares e os termos relacionados.

Os termos similares são palavras que expressam as mesmas ideias do conceito escolhido e a sua identificação é um passo importante na análise a ser realizada (RODGERS, 1989; RODGERS, 2000; TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010). Estes termos podem ser levantados antes de iniciar a análise ou durante a leitura do material coletado (RODGERS, 2000). Pode-se utilizar como questão para nortear a análise: “Outras palavras têm o mesmo significado do conceito escolhido?” (TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010).

Termos relacionados são palavras que têm algo em comum com o conceito mesmo sem ter as mesmas características (RODGERS, 1989; TOFTHAGEN; FAGERSTROM, 2010). O propósito desta identificação é baseado na hipótese filosófica que todo conceito faz parte de uma rede de conceitos relacionados para promover conhecimento e transmitir o seu significado (RODGERS, 2000).

A análise das utilizações do conceito pode defini-lo e desta maneira torná-lo claro, fazendo com que a sua utilização seja mais efetiva (RODGERS, 1989).

A análise de dados coletados é a quarta etapa do Método Evolucionário de Rodgers (2000) e deve ser realizada considerando as características maiores do conceito.

A autora aponta que apesar da coleta de dados e da busca na literatura ocorrer simultaneamente, a análise formal deve ser realizada perto do final da coleta. Isto ocorre para evitar conclusões prematuras e dificultar que impressões iniciais influenciem na análise (RODGERS, 2000).

Cada categoria de dados (atributos, informações contextuais e referências) é avaliada separadamente. Os dados extraídos da leitura dos textos devem ser categorizados e distribuídos em tabela (RODGERS, 2000).

A análise deve ser um processo contínuo de organização e reorganização de pontos similares até gerar um sistema de descritores coeso, compreensivo e relevante (RODGERS, 2000).

Os dados devem ser avaliados buscando concordância e discordância entre as disciplinas, mudanças através do tempo e informações sobre as tendências emergentes relativas ao conceito (RODGERS, 2000).

A quinta etapa deste modelo de análise consiste na identificação de um exemplo do conceito (RODGERS, 2000).

A identificação de formas de exemplos é uma parte comum nas análises de conceito. O objetivo desta fase é promover uma demonstração prática do conceito em contextos relevantes e como resultado tornar clara e efetiva a aplicação do conceito (RODGERS, 2000).

A autora orienta que por ser utilizada uma técnica indutiva neste modelo, um exemplo do conceito escolhido deve ser identificado em vez de construído (RODGERS, 2000).

Encontrar exemplos apropriados pode ser uma dificuldade desta fase. Contudo, esta dificuldade não deve ser considerada como uma limitação, pois ela revela informações importantes sobre o desenvolvimento do conceito (RODGERS, 2000).

Na última etapa da análise deve ser realizada a identificação das implicações dos resultados e as hipóteses para futuros desenvolvimentos do conceito em questão (RODGERS, 2000).

Identificar as direções para futuras pesquisas é uma contribuição importante da análise de conceito. Estudos futuros podem se beneficiar das hipóteses geradas destas análises (RODGERS, 2000).

3.2. *Validação por Consenso*

O modelo de Validação Consensual foi desenvolvido primeiramente por Wesorick e vem sendo aperfeiçoado por vários enfermeiros no mundo. A validação por consenso é um processo onde é obtida a opinião ou concordância de peritos sobre elementos de um instrumento. Os objetivos deste modelo são determinar a validade do conteúdo e avaliar onde são necessárias alterações em um instrumento (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Lynn (1986) cita que este modelo ocorre através de um processo de dois estágios: desenvolvimento e julgamento. O estágio de desenvolvimento é o momento onde o instrumento será desenvolvido e apresenta três fases: a identificação do domínio, a geração de itens e a formação do instrumento. No estágio de julgamento os itens e todo o instrumento serão julgados.

Um mínimo de cinco peritos fornece um nível suficiente de controle. Contudo, em algumas áreas é difícil encontrar muitos peritos e obter sua

colaboração, sendo que nestas áreas o número mínimo de peritos pode ser três (LYNN, 1986).

Após determinar o número de peritos deve ser estabelecido o índice de concordância entre peritos que será adotado (LYNN, 1986). O modo mais utilizado para quantificar a validade de conteúdo é o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o qual deriva de uma escala ordinal de quatro pontos onde um representa um item não relevante e quatro representa um item extremamente relevante (LYNN, 1986; WESTMORELAND, et.al., 2000). A escala de quatro pontos é apontada como preferível, pois não inclui uma pontuação mediana (LYNN, 1986).

O IVC para cada item é determinado pela proporção de peritos que consideraram o conteúdo válido (pontuaram três ou quatro) (LYNN, 1986; WESTMORELAND, et.al., 2000) e o IVC para o instrumento todo é a proporção de todos os itens avaliados como conteúdo válido (LYNN, 1986; WESTMORELAND, et.al., 2000).

O cálculo deste índice é realizado através da divisão entre a soma das respostas três e quatro (concordância) e o número total de respostas (WYND, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; WESTMORELAND, et.al., 2000). A pontuação deste índice varia de 0 a 1, sendo que cada item do instrumento deve receber IVC superior a 0,8 para ser considerado válido (WESTMORELAND, et.al., 2000).

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 3 e 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

Figura 1. Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos - SP, 2012. Fonte: WYND, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; WESTMORELAND, et.al., 2000.

Quando um item ou todo o instrumento recebe um IVC de 0,8 este apresenta um conteúdo considerado válido (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Os itens que não atingirem a concordância mínima devem ser revisados ou retirados (LYNN, 1986).

Apesar de este ser um modelo de validação descrito e comumente utilizado para avaliar instrumentos, alguns autores o utilizaram para validar as ligações entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (AZZOLIN, et.al., 2010). Outros para identificação e validação de diagnósticos mais frequentes em unidades específicas (AQUINO et.al., 2010) e também para validar as características definidoras de diagnósticos de enfermagem (SURIANO et.al., 2011).

*Procedimientos
Metodológicos*

4. Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo metodológico de proposta e validação de um novo diagnóstico de enfermagem que foi desenvolvido em três etapas descritas a seguir:

- Análise do conceito Lesão do trato urinário;
- Elaboração da proposta de diagnóstico de enfermagem Risco de lesão do trato urinário;
- Validação do conteúdo do diagnóstico proposto através do julgamento de peritos.

4.1. Primeira etapa: Análise de Conceito

O modelo de análise de conceito escolhido para este estudo foi o Método Evolucionário de Rodgers (2000). Este modelo, como citado anteriormente, apresenta seis atividades primárias: *Identificação do conceito de interesse e expressões associadas; Identificação e seleção apropriada amostra para coleta de dados; Coleta de dados relevante para identificar: (a) atributos do conceito e (b) bases conceituais do conceito, incluindo variações interdisciplinares, socioculturais e temporais (antecedentes e consequências); Análise de dados, considerando características maiores do conceito; Identificação de um exemplo do conceito, se apropriado; e Identificação de implicações e hipóteses para futuros desenvolvimentos do conceito.*

4.1.1. Identificação do conceito de interesse e expressões associadas

O conceito escolhido para esta análise, como já citado anteriormente foi *Lesão do trato urinário*.

O procedimento de sondagem vesical é muito utilizado na prática clínica, contudo não é isento de riscos. Ao tornar este conceito claro, é possível elencar os fatores de risco para o desenvolvimento destas complicações e desta maneira, trabalhar no sentido de preveni-las.

4.1.2. Identificação e seleção de amostra para coleta de dados

Para identificação da amostra para compor esta análise foi realizada uma busca nas seguintes bases de dados:

- *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* - LILACS. Consiste em um importante índice de literatura científica e técnica da América Latina e Caribe. Está disponível através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e pode ser acessada através do endereço eletrônico <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&form=A>
- *The Cochrane Library*: Disponível através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) apresenta uma coleção estudos com nível de evidência científica na atenção à saúde. Acesso através do endereço eletrônico <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=COC>.
- *Cumulattive Index to Nursing and Allied Health Literarure* – CINAHL: Consiste em uma base de dados disponível através do portal Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com acesso pelo site <http://web.ebscohost.com.ez31.periodicos.capes.gov.br/ehost/search/advanced?sid=b1e1881446aa4eaaa1704ada6a7d53f9%40sessionmgr104&vid=6&hid=113>.
- *PubMed*: esta base de dados é um serviço oferecido pela US National Library of Medicine e apresenta mais de 21 milhões de citações e o acesso a várias bases de dados dentre elas a Medical Literature on line (MEDLINE). Acesso através do endereço eletrônico <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced>.

Para o levantamento e seleção da amostra para a análise foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos, dissertações, teses ou livros;
- Disponíveis em inglês, português ou espanhol;
- Publicados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011;
- Disponíveis na íntegra através do portal periódicos CAPES;
- Que abordassem a Lesão do trato urinário inferior;

Como critérios de exclusão foram utilizados:

- Trabalhos que abordassem as lesões de outros sistemas.

Os descritores controlados selecionados para esta busca foram identificados através da base de dados de terminologias *DeCS* (Descritores Ciências da Saúde) e *MeSH* (Medical Subject Headings).

- *Injuries*: descritor encontrado na base de terminologias *MeSH*, pode ser traduzido como *Lesões*. Este termo é usado para ferimentos e lesões anatômicos, de esportes e de animais.
- *Urinary tract*: pode ser traduzido como trato urinário, sistema urinário ou vias urinárias.
- *Catheters*: traduzido nos descritores como *Cateteres*. Definido como um dispositivo tubular, flexível que é utilizado com a finalidade de transporte de fluidos para dentro ou para fora de órgão, vasos sanguíneos e cavidades.
- *Urinary catheterization*: traduzido nos descritores como *Cateterismo Urinário*. É definido como a passagem de um cateter na bexiga urinária ou nos rins com a finalidade diagnóstica ou terapêutica.
- *Catheterization*: traduz-se como cateterismo e refere-se à passagem de um dispositivo tubular, flexível em um vaso ou cavidade para a retirada ou introdução de fluidos com propósitos diagnósticos ou terapêuticos.

Para identificar os descritores não controlados foram buscados sinônimos e termos relacionados aos descritores controlados e ao tema em questão. São eles:

- *Damage*: traduz-se dano, utilizado como sinônimo para lesão.
- *Urinary tract injuries*: este descritor não controlado pode ser traduzido como lesão do trato urinário.
- *Urinary tract damage*: traduzido como dano ao trato urinário.
- *Urinary tract trauma*: pode ser traduzido como trauma do trato urinário.

Devido às especificidades de cada base de dados, foram utilizadas diferentes estratégias de busca para cada uma delas. A seguir serão descritas as estratégias de busca utilizadas em cada base de dados e os respectivos resultados.

LILACS:

As buscas foram realizadas no dia 14 de fevereiro de 2012.

- *cateteres* (palavras) AND *trato urinário* (palavras) AND *lesões* (palavras): 02 resultados encontrados.
- *cateterismo urinário* (descriptor de assunto) AND *lesões trato urinário* (palavras) AND *trauma trato urinário* (palavras): nenhum resultado encontrado.
- *cateterismo urinário* (palavras) AND *lesões trato urinário* (palavras) AND *trauma trato urinário* (palavras): nenhum resultado encontrado.
- *trato urinário* (descriptor de assunto) AND *lesões* (descriptor de assunto) OR *dano* (descriptor de assunto): três resultados encontrados.
- *trato urinário* (palavras) AND *lesões* (palavras) AND *cateterismo urinário* (palavras): um resultado encontrado.
- *trato urinário* (palavras) OR *dano trato urinário* (palavras) AND *cateterismo urinário* (palavras): foram encontrados seis resultados.
- *lesões trato urinário* (palavras) OR *dano trato urinário* (palavras) AND *cateterismo* (palavras): nenhum resultado encontrado.
- *lesões trato urinário* (palavras) OR *trauma trato urinário* (palavras) AND *cateterismo* (palavras): nenhum resultado encontrado.
- *trato urinário* (palavras) AND *dano* (palavras) AND *cateterismo* (palavras): nenhum resultado encontrado.
- *trato urinário* (palavras) AND *lesões* (palavras) AND *cateterismo* (palavras): um resultado encontrado.
- *lesão* (palavras) AND *dano* (palavras) AND *cateterismo* (palavras): nenhum resultado encontrado.
- *cateterismo* (palavras) AND *cateterismo urinário* (palavras) AND *lesão* (palavras): cinco resultados encontrados.
- *cateterismo* (palavras) AND *cateterismo urinário* (palavras) AND *dano* (palavras): dois resultados encontrados.
- *cateterismo* (palavras) AND *cateterismo urinário* (palavras) AND *trauma* (palavras): três resultados encontrados.

Nesta base de dados foram encontrados 23 resultados de busca, destes 19 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e exclusão, totalizando assim três artigos.

Biblioteca Cochrane

A pesquisa nesta base foi realizada dia 14 de fevereiro de 2012 sendo selecionados somente os resultados de revisões completas Cochrane. Foram utilizadas três estratégias de busca descritas a seguir com seus respectivos resultados.

- *catheters AND urinary catheterization AND urinary tract injuries*: foram encontrados 38 resultados, destes quatro eram revisões Cochrane completas.
- *catheters AND urinary catheterization AND urinary tract damage*: foram encontrados 12 resultados, destes oito eram revisões Cochrane completas.
- *catheters AND urinary catheterization AND urinary tract trauma*: foram encontrados 22 resultados, destes sete eram revisões Cochrane completas.

No total foram encontrados 19 artigos, destes oito atenderam aos critérios de inclusão.

CINAHL

As buscas foram realizadas no dia 14 de fevereiro de 2012, com a seguinte estratégia de busca, utilizando booleanos.

- *catheters (text all texts) AND urinary catheterization (text all texts) AND urinary tract injuries (text all texts) OR urinary tract trauma (text all texts) OR urinary tract damage (text all texts)*: 87 resultados foram encontrados.

Deste total de resultados, 58 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, totalizando assim, 29 artigos selecionados.

PubMed

Para as buscas nesta base de dados foram utilizadas três estratégias de busca no dia 14 de fevereiro de 2012.

- *catheters (MeSH Terms) AND urinary catheterization (MeSH Terms) AND urinary tract (MeSH Terms) AND injuries (MeSH Terms)*: oito resultados encontrados.

- *catheters* (MeSH Terms) AND *urinary catheterization* (MeSH Terms) AND *urinary tract* (MeSH Terms) AND *injuries* (Text word): 14 resultados encontrados.
- *catheters* (MeSH Terms) AND *urinary catheterization* (MeSH Terms) AND *urinary tract* (MeSH Terms) AND *damage* (Text word): três resultados encontrados.
- *catheters* (MeSH Terms) AND *urinary catheterization* (MeSH Terms) AND *urinary tract* (MeSH Terms) AND *trauma* (Text word): quatro resultados encontrados.

Foram levantados 29 artigos nesta base de dados, destes apenas 13 foram considerados elegíveis pelos critérios de inclusão e exclusão. Não foi possível o acesso a dois artigos na íntegra, totalizando assim, 11 artigos desta base de dados.

Deste modo foram identificados quatro artigos na LILACS, oito artigos na Biblioteca Cochrane, 29 artigos na CINAHL e 11 na PubMed, totalizando 52 artigos nesta busca.

Após a leitura e análise dos artigos na íntegra, 34 foram excluídos por não atenderem ao critério de abordar lesões do trato urinário inferior. Foram excluídos também três estudos duplicados e deste modo 15 estudos foram selecionados como elegíveis para conduzir as próximas etapas da análise de conceito.

Após esta etapa foi realizado um rastreamento de referências nos estudos selecionados buscando outros estudos que atendessem aos critérios de inclusão para compor a amostra. Deste rastreamento foram selecionados seis estudos, constituindo uma amostra de 21 artigos.

Uma busca em livros texto de urologia e enfermagem urológica foi realizada e através desta foi identificado um livro de Urologia para o período de tempo estimado, do qual foi selecionado um capítulo.

Portanto, a amostra final selecionada para esta análise de conceito foi composta por 21 artigos e um capítulo de livro. Estes estudos estão apresentados quanto ao ano de publicação, autores, título, periódico publicado e objetivos do estudo no Apêndice 8.5.

Os artigos foram acessados na íntegra através do portal de periódicos da CAPES, disponível em: www.periodicos.capes.br via biblioteca comunitária da UFSCar.

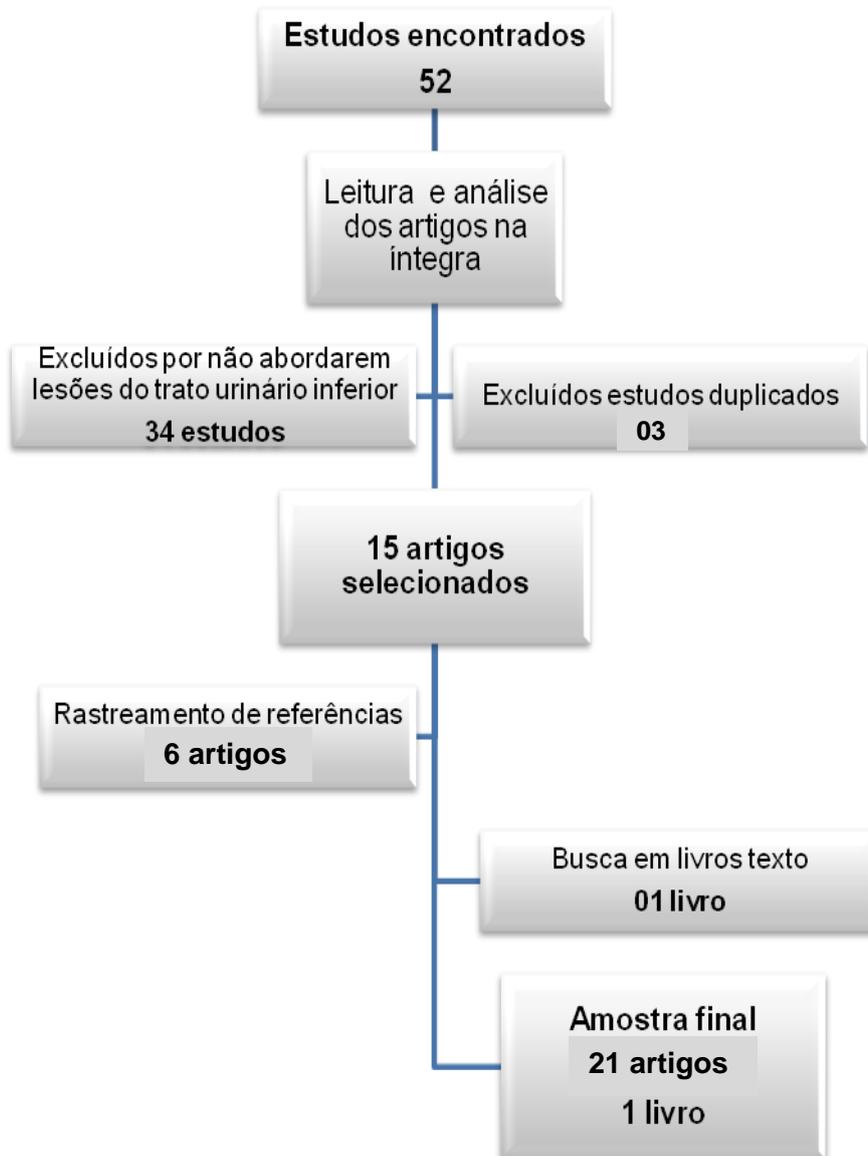


Figura 2. Fluxograma com as etapas de seleção da amostra para composição da Análise de Conceito. São Carlos – SP, 2012.

4.1.3. Coleta de dados relevante para identificar: atributos e bases contextuais

A coleta ocorreu na Biblioteca Comunitária da Universidade Federal de São Carlos e no laboratório do grupo de pesquisa em Sistematização da

Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação (SAESC), no Departamento de Enfermagem.

Cada referência foi codificada com um número e os dados relevantes de cada categoria foram distribuídos em tabelas do programa Excel da Microsoft®.

4.1.4. Análise de dados

Cada texto foi lido primeiramente em sua totalidade e posteriormente a leitura foi realizada buscando atributos do conceito, conceitos relacionados, termos substitutos e bases contextuais interdisciplinares, socioculturais e temporais (antecedentes e consequências).

Nesta etapa foram levantados também os termos relacionados e termos substitutos. Os primeiros são conceitos que carregam alguma relação com o conceito lesão, sem, contudo, apresentar o mesmo grupo de atributos. Termos substitutos são múltiplos modos de expressar o mesmo conceito (RODGERS, 2000).

Os dados extraídos da leitura dos textos foram categorizados e distribuídos em tabelas do programa Excel da Microsoft®. Posteriormente foi realizado um processo contínuo de organização e reorganização de pontos similares até gerar um sistema de descritores coeso, compreensivo e relevante.

4.1.5. Identificação de um exemplo do conceito

Foi descrito um exemplo de Lesão do Trato Urinário com base na leitura do material coletado.

4.1.6. Identificação de implicações e hipóteses para futuros desenvolvimentos

As implicações e hipóteses para os futuros estudos foram desenvolvidas, pois esta consiste em outra importante colaboração para o processo de análise de conceito (RODGERS, 2000).

4.2. Segunda etapa: Elaboração da proposta de diagnóstico de enfermagem

Com base na análise de conceito realizada foi elaborado e proposto um novo diagnóstico de enfermagem: Risco de lesão do trato urinário.

Para que um novo diagnóstico de enfermagem seja aceito pela NANDA –I é recomendado que ele apresente um enunciado, uma definição, fatores de risco ou características definidoras e fatores relacionados com suporte na literatura e também sugestões de intervenções e resultados para o diagnóstico proposto (SCROGGINS, 2010).

Conforme recomendado por Scroggins (2010) foram considerados os sete eixos da Taxonomia II e percorridas as etapas, descritas por este autor, para o processo de elaboração desta proposta de diagnóstico.

4.2.1. Eixo 1: O conceito diagnóstico

O conceito diagnóstico é descrito por Scroggins (2010) como “o componente central do diagnóstico”. Este é constituído por substantivos, podendo ser composto por um ou mais, sendo que no caso de mais de um substantivo, estes devem contribuir para o conceito como se fossem apenas um (SCROGGINS, 2010).

Na elaboração de um novo diagnóstico, primeiramente, é preciso definir se o conceito proposto é uma reação humana e também, se ele já está incluído na Taxonomia II da NANDA - I (SCROGGINS, 2010).

Segundo Scroggins (2010) o conceito deve também ser coerente com a definição de um diagnóstico de enfermagem:

Julgamento clínico das respostas humanas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (NANDA – I, 2010, p. 436).

4.2.2. Eixo 2: Sujeito do diagnóstico

O indivíduo ou grupo de indivíduos para o qual é determinado o diagnóstico de enfermagem é definido como o sujeito do diagnóstico. Pode ser um indivíduo, uma família, um grupo de pessoas ou a comunidade (SCROGGINS, 2010).

4.2.3. Eixo 3: Julgamento

Para que o conceito seja limitado ou tenha seu sentido especificado, em alguns casos, é necessário um descritor ou modificador, definido como julgamento (SCROGGINS, 2010).

4.2.4. Eixo 4: Localização

A localização pode ser definida como o local, órgão, tecido ou estrutura do corpo relacionado com o diagnóstico de enfermagem. Nem todos os diagnósticos apresentam este eixo (SCROGGINS, 2010).

4.2.5. Eixo 5: Idade

Este eixo faz referência à idade do sujeito do diagnóstico (SCROGGINS, 2010).

4.2.6. Eixo 6: Tempo

“O tempo descreve a duração do conceito diagnóstico” e pode ser identificado como agudo, crônico, intermitente e contínuo (SCROGGINS, 2010).

4.2.7. Eixo 7: Situação do diagnóstico

A situação do diagnóstico se refere se ele é um diagnóstico real ou potencial. A NANDA-I identificou quatro situações de diagnósticos: real, de promoção de saúde, de risco e de bem-estar (SCROGGINS, 2010).

O risco refere-se a um estado vulnerável, que ocorre em decorrência da exposição a alguns fatores que potencializam a possibilidade de ocorrerem danos ou perdas (SCROGGINS, 2010).

Um diagnóstico de enfermagem de risco:

Descreve as respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade vulnerável. Está apoiado em fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade. (NANDA-I, 2010, p. 436).

4.2.8. Proposta de enunciado e definição

Nesta etapa foi proposto, primeiramente o enunciado diagnóstico e sua definição.

Scroggins (2010) recomenda que esta etapa seja baseada em uma bibliografia relevante, preferencialmente baseada em pesquisas para dar suporte ao enunciado do diagnóstico proposto e à sua definição.

A definição deve descrever com clareza e exatidão o enunciado proposto, sem, contudo utilizar as mesmas palavras, ela deve oferecer sentido ao mesmo e ajudar a distingui-lo dos demais (SCROGGINS, 2010).

A definição foi sugerida com base na análise de conceito realizada preliminarmente neste estudo, onde foi utilizada bibliografia de pesquisas e livros publicados nos últimos seis anos.

4.2.9. Proposta de fatores de risco

Por se tratar de um diagnóstico de risco, nesta próxima etapa serão identificados os fatores de risco. Estes são definidos como:

Fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, uma família, ou uma comunidade a um evento insalubre. (NANDA, 2010, p. 437).

Assim como o enunciado e a definição, os fatores de risco devem ter suporte na literatura, e esta deve ser baseada em pesquisas e livros,

preferencialmente da área de enfermagem, porém também pode ser utilizada uma literatura de áreas relacionadas para apoio (SCROGGINS, 2010).

4.2.10. *Sugestão de Resultados para Risco de lesão do trato urinário*

A NANDA – I (2010) orienta que sejam oferecidos para o diagnóstico proposto exemplos de resultados de enfermagem extraídos de terminologias padronizadas.

Os resultados e suas definições foram retirados da taxonomia da NOC- Nursing Outcomes Classification (JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2008).

Primeiramente foi realizada uma leitura dos resultados apresentados pela NOC e com base nos fatores de risco do diagnóstico proposto e no estabelecimento de metas para estes pacientes os resultados foram selecionados.

4.2.11. *Sugestão de Intervenções para Risco de lesão do trato urinário*

Assim como há a orientação para que sejam oferecidos resultados de enfermagem para o diagnóstico proposto, a NANDA – I (2010) também coloca que é necessária a indicação de intervenções de enfermagem apropriadas, retiradas de taxonomias padronizadas.

As intervenções de enfermagem sugeridas e suas respectivas definições foram retiradas da Taxonomia da NIC- Nursing Interventions Classification (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

O processo para o estabelecimento das intervenções foi baseado nos fatores de risco do diagnóstico proposto e nos resultados esperados selecionados.

4.3. *Terceira etapa: Validação de conteúdo diagnóstico*

A realização desta etapa do estudo foi baseada no Modelo de Validação Consensual descrito por LYNN (1986) e WESTMORELAND, et.al. (2000).

Os achados da análise de conceito foram organizados de modo a elaborar os elementos do diagnóstico de enfermagem proposto. Estes elementos foram dispostos e organizados em um instrumento (Apêndice 8.4) que foi enviado aos peritos para realizar a validação de conteúdo do diagnóstico proposto.

Cada elemento do diagnóstico proposto foi apresentado no instrumento com uma pontuação de escala Likert de quatro pontos, onde o número 1 correspondia a um elemento nada adequado, o número 2 um elemento muito pouco adequado, o número 3 um elemento de algum modo adequado e o número 4 um elemento muito adequado.

Este instrumento para validação foi submetido à avaliação de aparência e representatividade do seu conteúdo para o objetivo proposto em reunião do grupo de pesquisa Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistemas de Classificação (SAESC) antes de sua submissão para os peritos.

Os peritos foram selecionados tendo como base dois critérios: a pontuação estabelecida por Fehring (1994) para seleção de peritos ou a experiência clínica maior que dois anos com pacientes que utilizam sonda vesical.

O modelo de Fehring (1994) para seleção de peritos foi apontado por uma revisão integrativa de literatura como o mais indicado para estudos de validação de conteúdo diagnóstico (GALDEANO; ROSSI, 2006). Este autor (FEHRING, 1994) recomenda que os peritos tenham minimamente mestrado em enfermagem e propõe um sistema de pontuação para direcionar essa seleção, apresentado no Quadro 1.

Cada perito deve ter no mínimo cinco pontos para que seja selecionado e quanto maior os pontos atribuídos a cada perito, maior a força de evidência de sua especialidade (FEHRING, 1994).

A experiência clínica maior que dois anos foi também um critério para a inclusão de peritos. Um estudo de validação de conteúdo por peritos apontou que a experiência na área específica traz a vivência de várias situações envolvendo diagnósticos de enfermagem que influenciam no julgamento dos peritos mais do que outras variáveis apontadas por Fehring (RIBEIRO, 2012).

Critérios	Pontos
Mestrado em enfermagem	4
Mestrado em enfermagem – dissertação de conteúdo relevante no diagnóstico de interesse	1
Pesquisa com publicação na área de diagnósticos	2
Artigo publicado sobre diagnósticos em revista de referência	2
Doutorado na área de diagnóstico	2
Prática clínica de no mínimo um ano em área relevante ao diagnóstico de interesse	1
Especialização em área de prática clínica relevante ao diagnóstico de Interesse	2

Quadro 1. Sistema de pontuação de especialistas segundo o modelo de Fehring (1994).

Os peritos foram rastreados através de busca no Currículo Lattes e da estratégia bola de neve. Essa estratégia consiste em pedir aos primeiros peritos selecionados que indiquem outros peritos com os mesmos critérios.

Inicialmente foram enviados convites através de correspondência eletrônica para 28 peritos, sendo que destes 14 foram selecionados de acordo com o critério de experiência clínica e 14 de acordo com o modelo Fehring (1994). Neste primeiro contato onde foi realizado o convite para participar da pesquisa, os objetivos e a metodologia da pesquisa foram esclarecidos.

Destes 28 especialistas apenas 21 responderam ao convite aceitando participar da pesquisa.

Para estes participantes o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice 8.2) foi enviado por correio, em duas vias, em envelope com selo para que estes pudessem devolver uma via assinada sem custos. O instrumento para validação juntamente com uma carta de orientação (Apêndice 8.3) foi enviado por correio eletrônico. Porém, aos peritos que solicitaram, o instrumento foi enviado por correio, juntamente com o TCLE.

Para o cálculo da validade dos elementos do diagnóstico foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice é obtido através da divisão

entre a soma das respostas três e quatro (concordância) e o número total de respostas (WYND, 2003; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; WESTMORELAND, et.al., 2000). O IVC foi calculado para cada item e para todo o instrumento.

A pontuação deste índice varia de 0 a 1 e foi estabelecido, com base na literatura, que cada item do instrumento deve receber IVC superior a 0,8 para ser considerado válido (WESTMORELAND, et.al., 2000).

Para a análise da avaliação dos peritos os dados foram distribuídos em uma planilha do programa Excel da Microsoft®.

4.4. Aspectos Éticos

Para o seu desenvolvimento, este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob o parecer número 24335/2012.

Durante seu desenvolvimento serão observadas as recomendações contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Será assegurado o sigilo sobre a identidade dos participantes e as informações colhidas serão utilizadas exclusivamente para os fins desta pesquisa.

Resultados e Discussão

5. Resultados e Discussão

5.1. Primeira etapa: Análise do conceito Lesão do trato urinário

Através desta análise identificamos Lesão do trato urinário como um conceito que possui como bases contextuais interdisciplinares a Medicina e a Enfermagem, sendo que a Urologia foi identificada como uma área relacionada a estas áreas maiores, principalmente como especialidade médica. Dos artigos selecionados para a amostra foi observado um predomínio da área médica com 13 textos, contra oito da área de Enfermagem.

Os estudos da Medicina e suas especialidades são compostos por atualizações, estudos descritivos, apresentação de casos e discussões sobre a incidência e mecanismos das Lesões do sistema urinário.

Os estudos de Enfermagem são em sua maioria atualizações sobre os cuidados para com pacientes em uso de cateteres, estudos sobre a incidência do uso de cateteres e complicações associadas, além de um estudo de caso.

O livro utilizado nesta análise pertence a uma especialidade médica, a urologia. Para esta análise foi utilizado um capítulo deste livro que tem como objetivo descrever as Lesões do trato urinário.

Através dos resultados desta análise foi possível inferir que o conceito Lesão do trato urinário é utilizado em referência aos danos, sejam estes traumáticos, inflamatórios ou infecciosos, que acometem o sistema urinário inferior (bexiga e uretra) como consequência de uma agressão que pode ser atribuída a diversos fatores, mas principalmente pelo uso de cateteres vesicais. Deste modo, é possível inferir que este conceito pode ser utilizado para descrever complicações e danos ocasionados ao sistema urinário pelo uso de sondas ou ainda por outros mecanismos como traumatismos por acidentes e quedas ou ainda por agentes infecciosos.

Um fato que chama a atenção é que a maioria das Lesões do trato urinário causadas por uso de cateter vesical poderiam ser evitadas, através da adoção de cuidados adequados.

5.1.1. Termos substitutos e Termos relacionados

O termo substituto para Lesão do trato urinário identificado com esta análise foi *Dano ao trato urinário* (STORR; QUIBELL, 2009; MANGNALL, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; SARICA; AKKOC; KARAPOLAT; AKTUG, 2010; NAZARKO, 2007; HEAD, 2006; GRAY, 2008; MADEO; ROODHOUSE, 2009; POMFRET; NAZARKO, 2006). Os autores utilizaram este termo em substituição ao conceito Lesão do trato urinário para o mesmo significado ao referir-se aos danos na mucosa e partes específicas do trato urinário, o que segundo o modelo adotado para este estudo, o define como termo substituto.

Este termo pode ser levantado não apenas nas leituras do material selecionado, mas também através dos resultados da análise do conceito Lesão, realizada anteriormente neste trabalho.

Os termos relacionados ao conceito foram levantados através da leitura do material. Dentre estes termos encontram-se *Infecção* (STAMM, ET.AL., 2006; LENZ, 2006; STORR; QUIBELL, 2009; MANGNALL, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON; CRANE; JOWNALLY; KIRKWOOD; ROODHOUSE, 2011; SARICA; AKKOC; KARAPOLAT; AKTUG, 2010; ORTEGA; NG; SEKHAR; SONG, 2008; NAZARKO, 2007; HEAD, 2006; VAIDYANATHAN; SONI; SINGH; HUGHES, 2006; GRAY, 2008; MADEO; ROODHOUSE, 2009; POMFRET; NAZARKO, 2006; IGAWA; WYNDAELE; NISHIZAWA, 2008; KASHEFI; MESSER; BARDEN; SEXTON; PARSONS, 2008) e *Trauma* (LENZ, 2006; ELGAMMAL,; STORR; QUIBELL, 2009; TURNER ; DICKENS, 2011; BILLINGTON; CRANE; JOWNALLY; KIRKWOOD; ROODHOUSE, 2011; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; SARICA; AKKOC; KARAPOLAT; AKTUG, 2010; KONDO; YAMADA; KANEMATSU; KAKO; GOSHIMA; YAMAMOTO, 2007; ORTEGA; NG; SEKHAR; SONG, 2008; HEAD, 2006; VAIDYANATHAN; SONI; SINGH; HUGHES, 2006; GRAY, 2008; MADEO; ROODHOUSE, 2009; POMFRET; NAZARKO, 2006; IGAWA; WYNDAELE; NISHIZAWA, 2008; CURY; MESQUITA; PONTES; OLIVEIRA; CORDEIRO; COELHO, 2008). Termos relacionados são aqueles que possuem relação comum com o conceito, sem ter, contudo as mesmas características (RODGERS, 2000).

5.1.2. Atributos do Conceito

Nesta parte do trabalho foram identificados os atributos do conceito Lesão do trato urinário. O Quadro 2 apresenta estes resultados.

Atributos	Autores
Infecção do trato urinário	STAMM, et.al., 2006; LENZ, 2006; MANGNALL, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011; SARICA, et.al., 2010; ORTEGA, et.al., 2008; HEAD, 2006; VAIDYANATHAN, et.al.,2006; GRAY, 2008; MADEO; ROODHOUSE, 2009; POMFRET; NAZARKO, 2006; IGAWA, et.al., 2008; SÉZE, et.al., 2007.
Falso trajeto	LENZ, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; HEAD, 2006; GRAY, 2008; IGAWA, et.al., 2008.
Dor	LENZ, 2006; STORR; QUIBELL, 2009; TURNER ; DICKENS, 2011; BILLINGTON, ET.AL., 2011; NAZARKO, 2007; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009; KASHEFI, et.al., 2008; CURY, et.al., 2008; MCANINCH, 2007.
Sangue no meato/sangramento uretral	LENZ, 2006; ELGAMMAL, 2009; BILLINGTON, et.al., 2011; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; KONDO, et.al., 2007; ORTEGA, et.al., 2008; VAIDYANATHAN, et.al.,2006; GRAY, 2008; POMFRET; NAZARKO, 2006; IGAWA, et.al., 2008; KASHEFI, et.al., 2008; CURY, et.al., 2008; MCANINCH, 2007.
Fístula uretral	LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008.
Estenoses	LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008. TURNER; DICKENS, 2011; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; HEAD, 2006;

Continua...

	MCANINCH, 2007.
Incapacidade/ dificuldade de urinar	ELGAMMAL, 2009; STORR; QUIBELL, 2009; KASHEFI, et.al., 2008; CURY, et.al., 2008; MCANINCH, 2007; TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011.
Hematoma perineal/escrotal	ELGAMMAL, 2009; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; CURY, et.al., 2008; MCANINCH, 2007.
Extravasamento de urina pelo períneo	ELGAMMAL, 2009.
Hematúria	STORR; QUIBELL, 2009; TURNER; DICKENS, 2011; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; SARICA, et.al., 2010; KASHEFI, et.al., 2008; CURY, et.al., 2008; MCANINCH, 2007.
Piúria	STORR; QUIBELL, 2009; SARICA, et.al., 2010.
Frequência urinária	STORR; QUIBELL, 2009.
Irritação da mucosa uretral/vesical	TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011.
Erosão uretral/parede vesical	TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011; GRAY, 2008; IGAWA, et.al., 2008.
Laceração de meato	TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011; POMFRET; NAZARKO, 2006; IGAWA, et.al., 2008.
Laceração vesical	NAZARKO, 2007; POMFRET; NAZARKO, 2006. SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007
Laceração/ruptura uretral	BILLINGTON, et.al., 2011; ELGAMMAL, 2009; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; SARICA, et.al., 2010; KONDO, et.al., 2007; ORTEGA, et.al., 2008; NAZARKO,

Continua...

	2007; HEAD, 2006; VAIDYANATHAN, et.al., 2006; GRAY, 2008; MADEO; ROODHOUSE, 2009; POMFRET; NAZARKO, 2006; MCANINCH, 2007.
Necrose tecidual	BILLINGTON, et.al., 2011; MADEO; ROODHOUSE, 2009.
Espasmos vesicais	BILLINGTON, et.al., 2011; MADEO; ROODHOUSE, 2009; NAZARKO, 2007.
Laceração perineal e/ou de genitais externos	SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007.
Próstata não palpável	SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007.
Desconforto abdominal	NAZARKO, 2007.
Perda urina pela uretra na presença do cateter	IGAWA, et.al., 2008.
Abscesso perineal	IGAWA, et.al., 2008.
Distensão abdominal	CURY, et.al., 2008;
Edema de períneo	CURY, et.al., 2008;

Quadro 2. Atributos do conceito Lesão do Trato Urinário. São Carlos – SP, 2012.

Foram identificados 26 atributos do conceito Lesão do Trato Urinário.

A infecção é uma complicação frequentemente associada ao cateterismo (LENZ, 2006; MANGNALL, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; ORTEGA, et.al., 2008; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009; IGAWA, et.al., 2008.) e ocorre, entre outros motivos, devido à entrada de bactérias através da mucosa lesada pelo atrito do cateter com a parede uretral (LENZ, 2006; HEAD, 2006).

Além deste, outros fatores contribuem para a ocorrência da infecção do trato urinário, como o esvaziamento incompleto da bexiga (MANGNALL, 2006), a falta de técnica asséptica durante a inserção de cateter vesical e a falta de cuidados com o cateter após sua inserção (HEAD, 2006).

A incidência de infecção por cateterismo é maior em pacientes hospitalizados, grávidas, idosos, pacientes debilitados ou com anormalidades urológicas (LENZ, 2006). Vários pacientes mesmo após a retirada do cateter

continuam apresentando infecção urinária recorrente, o que pode levar a hidronefrose e litíase renal, e até mesmo uma deterioração da função renal (LENZ, 2006).

A dor, identificada nesta análise como um atributo de Lesão do trato urinário é uma complicação passível de acontecer durante a manipulação do trato urinário (LENZ, 2006; HEAD, 2006).

Storr; Quibell (2009) em uma apresentação de casos sobre Lesões do trato urinário causadas pelo uso prolongado do medicamento Ketamina, utilizado para pacientes com dor crônica, descreveram que em todos os casos foi observada a dor suprapúbica e/ou perineal acompanhando a Lesão do trato urinário.

A dor é apontada também nas Lesões por trauma uretral ocasionado por inserção de cateteres de tamanho inadequado e por bolsas coletoras com volume de diurese acima do limite máximo e sem a fixação adequada (TURNER; DICKENS, 2011). A fixação adequada previne o trauma e, conseqüentemente, a dor por ele causada (BILLINGTON, et.al., 2011).

Kashefi et.al. (2008) em seus estudos identificaram a dor peniana ou perineal presentes em todos os pacientes que sofreram Lesões uretrais iatrogênicas.

Dentre os sinais e sintomas de Lesão do trato urinário apontados por um estudo sobre trauma urológico a dor hipogástrica e perineal foi citada como um destes sintomas (CURY, et.al., 2008).

O cateter urinário é um corpo estranho colocado na bexiga através da uretra. Por este motivo pode causar espasmos do músculo vesical na tentativa de expelir o cateter, e estes espasmos causam dores abdominais (NAZARKO, 2007).

A hematúria, outro atributo identificado, foi descrita em um estudo no qual foram apresentados três casos de Lesão do trato urinário relacionados ao uso prolongado de ketamina. Este sinal foi observado nos três casos de Lesão apresentados pelos autores (STORR; QUIBELL, 2009).

Shlamovitz; McCullough (2007) em um estudo retrospectivo apontam a hematúria franca como o sinal mais sensível para a presença de Lesão do trato urinário inferior, além disso, descrevem este atributo como sendo frequentemente o único sinal destas Lesões.

Estes achados foram confirmados por dois outros estudos. O primeiro acompanhou pacientes com lesões relacionadas ao uso de cateteres vesicais e dentre seus achados, identificaram que 86% dos pacientes com Lesão do trato urinário apresentavam hematúria (KASHEFI, et.al., 2008). Um estudo de atualização sobre trauma urológico apontou a hematúria macroscópica como um sinal presente em 95% dos casos de Lesão do trato urinário inferior (CURRY, et.al., 2008).

A presença de sangue no meato uretral foi apontada por autores como o sinal clínico mais importante para o diagnóstico de lesões na uretra (CURRY, et.al. 2008; ELGAMMAL, 2009; McANINCH, 2007). Ortega, et.al. (2008) cita que quando o sangue no meato é observado deve-se considerar lesão uretral ou vesical.

Kashefi et.al. (2008) levantaram que 86% de sua amostra que apresentavam Lesões do trato urinário apresentaram sangramento do pênis. A uretrorragia foi identificada também como um atributo do conceito e segundo Lenz (2006) pode ser um sinal observado em casos de lesão uretral.

Em estudo de caso onde o paciente fez uso de cateter Foley por três meses com trocas periódicas, durante uma destas trocas houve a ruptura da uretra causando hemorragia uretral (KONDO, et.al., 2007).

A laceração ou contusão da mucosa uretral está presente nas Lesões do trato urinário (ELGAMMAL, 2009; ORTEGA, et.al., 2008; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007). A laceração, transecção ou contusão podem acontecer em diversas partes da uretra (McANINCH, 2007).

A laceração pode ser definida como uma lesão que ocorre como resultado de um rasgo desde a pele até o tecido subcutâneo (SILVA; VIANA, 2009). É o ato de lacerar, dilacerar, rasgar (LAROUSSE, 1995; SILVA; VIANA, 2009; GUIMARÃES, 2002).

Entende-se por transecção um corte realizado através do eixo longitudinal (MICHAELIS, 2007; LAROUSSE, 1995).

A contusão é uma lesão corporal produzida por um trauma, colisão ou compressão onde não ocorre o rompimento de pele ou fraturas, mas causa danos aos tecidos (LAROUSSE, 1995; GUIMARÃES, 2002; SILVA; VIANA, 2009). Este tipo de lesão ocorre geralmente em músculos, fâscias e ligamentos (SILVA; VIANA, 2009).

A laceração uretral e vesical foi identificada em um estudo que objetivou determinar as características clínicas dos pacientes com lesão uretral ou vesical. Em uma amostra de 46 pacientes, 10 pacientes laceração uretral, 33 laceração vesical e três apresentaram tanto a laceração vesical quanto a uretral (SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007).

Deste modo, é possível observar que os atributos do conceito Lesão do trato urinário podem ser em sua maioria, relacionados diretamente a este sistema. Sendo que, somente os atributos desconforto abdominal e distensão abdominal não são manifestações específicas deste.

Ressalta-se que os atributos refletem as respostas do organismo ao estímulo agressivo causador da lesão. Estas respostas levam à adaptação dos tecidos, às lesões irreversíveis ou até mesmo à necrose.

5.1.3. Antecedentes

Através desta análise foi possível agrupar os antecedentes do conceito Lesão do trato urinário em três categorias descritas a seguir:

- Fatores internos/individuais;
- Fatores diretamente relacionados aos cateteres vesicais;
- Fatores externos.

Os antecedentes do conceito identificados nesta análise estão apresentados no Quadro 3.

Categorias	Antecedentes	Autores
Fatores internos/individuais	Idade avançada	STAMM, et.al., 2006; LENZ, 2006; SÉZE, et.al., 2007.
	Tamanho da uretra - homem/mulher	LENZ, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; SÉZE, et.al., 2007.
	Anormalidades urológicas (aumento da próstata, flacidez parede vesical, estenose uretral)	LENZ, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; IGAWA, et.al., 2008.
	Esvaziamento vesical incompleto	MANGNALL, 2006.
	Alergia ao látex	IGAWA, et.al., 2008.

Continua...

	Constipação	TURNER; DICKENS, 2011; NAZARKO, 2007.
	Ingesta inadequada de líquidos	TURNER; DICKENS, 2011
	Fratura de pelve	SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; ORTEGA, et.al., 2008; CURY, et.al., 2008; MCANINCH, 2007.
	Obesidade	ORTEGA, et.al., 2008.
	Variações anatômicas de órgãos da pelve	ORTEGA, et.al., 2008.
	Prejuízo cognitivo/ confusão/ sedação	NAZARKO, 2007; GRAY, 2008; POMFRET; NAZARKO, 2006.
	Distensão vesical	VAIDYANATHAN, et.al.,2006; IGAWA, et.al., 2008; CURY, et.al., 2008.
	Dissinergia detrusor-esfincteriana	SÉZE, et.al., 2007.
	Lesão medula espinhal	SÉZE, et.al., 2007.
	Esclerose múltipla	SÉZE, et.al., 2007.
Fatores diretamente relacionados ao uso dos cateteres vesicais	Tempo de cateterização	LENZ, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; STAMM, et.al., 2006; KONDO, et.al., 2007; MADEO; ROODHOUSE, 2009; SÉZE, et.al., 2007.
	Cateter mal-lubrificado no momento da inserção	LENZ, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009; IGAWA, et.al., 2008.
	Falta de cuidado na manipulação do cateter	LENZ, 2006; HEAD, 2006.

Continua...

Dificuldade para introduzir e retirar o cateter/ introdução forçada	MANGNALL, 2006; IGAWA, et.al., 2008; KASHEFI, et.al., 2008;
Obstrução do cateter	TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011; HEAD, 2006; IGAWA, et.al., 2008.
Tamanho do cateter	TURNER; DICKENS, 2011; SARICA, et.al., 2010; ORTEGA, et.al., 2008; NAZARKO, 2007; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009; IGAWA, et.al., 2008.
Tipo/material do cateter	TURNER; DICKENS, 2011; SARICA, et.al., 2010; NAZARKO, 2007; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009.
Balão excessivamente cheio	TURNER; DICKENS, 2011; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009; IGAWA, et.al., 2008.
Bolsa coletora com volume acima do limite indicado	TURNER; DICKENS, 2011; NAZARKO, 2007; POMFRET; NAZARKO, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009.
Fixação incorreta/ausente	TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011; GRAY, 2008; IGAWA, et.al., 2008.
Incrustação do cateter	TURNER; DICKENS, 2011;

		IGAWA, et.al., 2008.
	Tração do cateter	BILLINGTON, et.al., 2011; GRAY, 2008.
	Repetidas/frequentes cateterizações	SARICA, et.al., 2010; KONDO, et.al., 2007; IGAWA, et.al., 2008.
	Fricção cateter-mucosa	SARICA, et.al., 2010.
	Inserção do cateter	KONDO, et.al., 2007; HEAD, 2006.
	Posição de bolsa coletora incorreta	NAZARKO, 2007; POMFRET; NAZARKO, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009.
	Insuflar o balão prematuramente na uretra	KASHEFI, et.al., 2008;
Fatores externos	Queda a cavaleiro	ELGAMMAL, 2009; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; CURY, et.al., 2008; MCANINCH, 2007.
	Trauma na região perineal	ELGAMMAL, 2009.
	Acidentes automobilísticos	ELGAMMAL, 2009; SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007.
	Uso prolongado de Ketamina	STORR; QUIBELL, 2009.

Quadro 3. Antecedentes do conceito Lesão do trato urinário. São Carlos – SP, 2012.

A primeira categoria *Fatores Internos/Individuais* envolve os antecedentes que podem ser descritos como características intrínsecas de cada pessoa.

O avançar da idade foi apontado por Stamm, et. al. (2006) como um fator que está fortemente associado ao desenvolvimento de infecções urinárias

relacionadas ao uso de cateteres vesicais. Este dado é corroborado por Lenz (2006), que em seu estudo de atualização coloca a idade avançada como um fator de risco importante, que pode até mesmo, causar um aumento da mortalidade nesta população.

Com o envelhecimento o sistema urinário, assim como todo o corpo, sofre mudanças em todas as suas estruturas. Ocorre uma diminuição da massa renal e com isso um comprometimento da sua função e redução da filtração glomerular. Os músculos vesicais ficam enfraquecidos e a capacidade de armazenamento da bexiga diminui (ELIOPOULOS, 2011).

Nesta fase da vida, as fibras musculares atrofiam, além de apresentarem uma diminuição em quantidade e serem gradativamente substituídas por tecido fibroso (ELIOPOULOS, 2011). Devido a todas estas alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, este se apresenta como um fator de risco para o desenvolvimento de Lesão do trato urinário e foi identificado como um antecedente deste conceito.

Considerando o tamanho da uretra feminina em relação à masculina podemos inferir que a mulher tem maiores chances de desenvolver uma infecção do trato urinário (LENZ, 2006). Por outro lado, homens tem um risco maior de lesões traumáticas em decorrência da curvatura e tamanho da uretra (TURNER; DICKENS, 2011).

As variações anatômicas de pelve constituem um fator de risco importante, pois podem causar dificuldades para sondagem vesical (ORTEGA, et.al., 2008), o que por sua vez, pode causar uma Lesão no trato urinário se a introdução do cateter for forçada. O mesmo pode ocorrer em outras situações como procedimentos cirúrgicos prévios, obesidade (ORTEGA, et.al., 2008) ou anormalidades urológicas (LENZ, 2006) como aumento da próstata, flacidez da parede vesical (TURNER; DICKENS, 2011), estenoses (IGAWA, et.al., 2008).

Os cateteres vesicais causam uma sensação de desconforto e pessoas com prejuízo cognitivo ou confusão mental podem causar lesões ao tracionarem-no (NAZARKO, 2006; POMFRET; NAZARKO, 2006). Nestes casos, há um grande risco de lesão traumática da uretra e dos esfíncteres, considerando a força necessária para retirar um cateter com o balão insuflado. Pacientes sob o efeito de sedativos ou aqueles com a sensibilidade perineal

ausente ou alterada também constituem um grupo de risco para este tipo de lesões (GRAY, 2008).

Outro fator interno que parece influenciar na ocorrência de Lesões do trato urinário é a dissinergia detrusor-esfincteriana (SÉZE, et al., 2007). Esta dissinergia é uma alteração que ocorre durante a micção, onde há um comprometimento na coordenação da contração do músculo detrusor da bexiga com o relaxamento do esfíncter. Nesta alteração ocorre a contração simultânea do músculo detrusor e do esfíncter uretral, o que causa uma obstrução na saída da bexiga impedindo a eliminação de urina (FONTE, 2008).

Uma revisão de literatura que teve como objetivo identificar fatores de risco para complicações do trato urinário em pacientes com esclerose múltipla argumenta que há uma influência indireta da dissinergia detrusor-esfincteriana em complicações do trato urinário e que o potencial lesivo dos vários tipos de dissinergia ainda permanece desconhecido. Este mesmo estudo afirma ainda que os principais fatores de risco para a Lesão do trato urinário são, entre outros, a presença de um cateter e a amplitude das contrações não inibidas do músculo detrusor. Afirma ainda que a lesão morfológica do trato urinário inferior é positivamente correlacionada com a máxima pressão exercida pelo detrusor e negativamente correlacionada com a hipocontratilidade deste músculo (SÉZE, et al., 2007).

A segunda categoria engloba os antecedentes de Lesão do trato urinário *diretamente relacionados ao uso dos cateteres vesicais*.

A duração do cateterismo é apontada por Lenz (2006) como o fator de risco mais importante para a ocorrência de bacteriúria relacionada ao uso de cateteres vesicais. Este é considerado como um fator de risco alterável, ou seja, são fatores que podem ser modificados com a finalidade de reduzir os efeitos lesivos e complicações ocasionados pelo uso de cateteres de demora (LENZ, 2006).

Outro antecedente que pode ser considerado um fator de risco alterável é a falta de lubrificação do cateter antes de sua inserção, que em conjunto com a manipulação forçada no momento da inserção do cateter pode causar lesões (KASHEFI, et.al., 2008; IGAWA, et.al., 2008), com sangramento uretral e estenoses. Sendo necessário, portanto, além de não forçar o cateter durante sua introdução, lubrificá-lo adequadamente (IGAWA, et.al., 2008).

O balão de retenção do cateter vesical deve ser preenchido com um volume de acordo com as recomendações do fabricante. Contudo, balões excessivamente cheios podem causar irritação no colo vesical e na uretra, além de danos às fibras elásticas, o que aumenta o risco de espasmos vesicais (TURNER; DICKENS, 2011). A função do balão de retenção é manter o cateter na bexiga. O uso de tamanhos grandes é erroneamente pensado como a solução para o vazamento de urina (GENG, et. al., 2012).

O tamanho do balão de retenção é indicado pelos fabricantes no local de conexão do próprio cateter, logo depois da indicação do seu tamanho. Este número indica os volumes mínimo e máximo de líquido que podem ser instilados (GENG, et. al., 2012).

De acordo com as diretrizes publicadas pela Associação Europeia de Enfermagem Urológica sobre a melhor prática baseada em evidências em cuidados urológicos o tamanho do balão em cateteres para adultos varia entre cinco e 15 ml, sendo geralmente adotado o padrão de 10ml. Nos casos onde o paciente apresenta hematúria o volume geralmente adotado varia entre 15 e 30ml. Ressalta-se que insuflar o balão com 30 ml é indicado somente para realizar a hemostasia após procedimento urológico e não deve ser uma prática adotada rotineiramente nos cateterismos (GENG, et al., 2012).

Estudos encontrados nesta análise corroboram com o citado pela diretriz, pois recomendam que sejam seguidas as orientações do fabricante e citam que a maioria dos cateteres tem o balão insuflado com 10 ml, exceto nos casos onde a hematúria é um risco significativo, como após cirurgias urológicas (TURNER; DICKENS, 2011; HEAD, 2006).

A bolsa coletora não deve ter seu limite de armazenamento ultrapassado, devendo ser esvaziada frequentemente, de modo suficiente para manter o fluxo de drenagem urinária e evitar refluxos (MADEO; ROODHOUSE, 2009), o que pode causar complicações.

Do mesmo modo, é importante que a bolsa coletora esteja posicionada corretamente, abaixo da altura da bexiga, para evitar o refluxo de urina, o que pode causar infecções do trato urinário (MADEO; ROODHOUSE, 2009).

Outro importante ponto a ser colocado é que o cateter e seu sistema de drenagem devem estar adequadamente fixados para evitar pressões

excessivas no colo vesical e conseqüentemente traumatismos na uretra (TURNER; DICKENS, 2011).

Repetidas cateterizações foram identificadas nesta análise como antecedente de Lesões do trato urinário. Em um estudo de caso onde um homem hospitalizado de 68 anos fez uso de um cateter vesical por três meses com trocas periódicas os autores relataram hemorragia uretral franca decorrente de uma ruptura causada pelo cateter Foley, o que ocasionou um priapismo de alto fluxo (KONDO, et.al., 2007).

O manuseio inadequado do cateter muitas vezes praticado por uma equipe sem conhecimento acerca dos cuidados necessários com estes dispositivos é a causa, na maioria das vezes, destas complicações (LENZ, 2006). A técnica de inserção do cateter é apontada por alguns autores como o fator de risco mais importante para lesões iatrogênicas do trato urinário, podendo, por exemplo, ocorrer lesão por insuflar o balão do cateter prematuramente na uretra prostática (KASHEFI, et.al., 2008).

A incidência de lesões uretrais iatrogênicas foi calculada em um estudo antes e após uma intervenção educativa junto à equipe. Antes da intervenção educativa a incidência destas lesões foi de 3,2 lesões por 1.000 pacientes. Após a intervenção educativa este número caiu para 0,7 lesões por 1.000 pacientes. Destas lesões 67% ocorreram na sala cirúrgica, local que não fez parte da intervenção educativa (KASHEFI, et.al., 2008).

Estes autores concluíram que lesões uretrais iatrogênicas são fontes de morbidade que podem ser prevenidas em homens hospitalizados, e que um programa de educação em enfermagem pode diminuir significativamente estas lesões e proporcionar segurança ao paciente (KASHEFI, et.al., 2008).

McAninch (2007) aponta que a instrumentação iatrogênica ou a auto-instrumentação do trato urinário são fatores que podem causar lesões uretrais.

A enfermagem está envolvida diretamente nestes dois processos, não somente durante o procedimento de inserção de cateteres vesicais ou em sua manutenção, mas também na educação e treinamento de pacientes e cuidadores para o manejo adequado deste dispositivo.

Durante a leitura dos artigos desta análise de conceito foi possível observar, que a maioria dos antecedentes de Lesão do trato urinário por uso de

cateteres vesicais pode ser alterada por meio de ações de enfermagem capazes de prevenir as lesões por eles causadas.

Os *Fatores externos* são os elementos da terceira categoria e englobam os acidentes traumáticos e o uso prolongado de ketamina como antecedentes.

Os acidentes traumáticos podem causar lesões em diferentes pontos do trato urinário. A lesão vesical está associada a forças externas que acometem a região inferior do abdome quando a bexiga está distendida ou devido a fratura de ossos da pelve (CURY, et.al., 2008). A pelve oferece proteção à bexiga, sendo que quando ela sofre uma fratura, além de perder esse efeito protetor, os próprios fragmentos ósseos podem perfurá-la (McANINCH 2007; CURY, et.al., 2008). Segundo McAninch (2007) “cerca de 15% de todas as fraturas pélvicas estão associadas a lesões vesicais ou uretrais concomitantes”.

A lesão uretral é mais comumente encontrada em homens e pode ser dividida em dois níveis de acordo com o local da uretra masculina que foi atingido, a uretra posterior que abrange as partes prostática e membranosa e a uretra anterior que abrange as porções bulbar e peniana da uretra (CURY, et.al., 2008).

As lesões de uretra anterior são causadas em sua maioria por agressões traumáticas no períneo, causando uma compressão desta porção uretral contra a pelve. Esse mecanismo é conhecido também como trauma a cavaleiro (CURY, et.al., 2008).

A uretra posterior apresenta mecanismos de lesão associados à fratura da pelve, onde a ruptura uretral é causada pelo mesmo mecanismo da lesão vesical por espículas ósseas (MCANINCH 2007; CURY, et.al., 2008).

Um estudo retrospectivo que objetivou descrever experiência com lesões uretrais traumáticas identificou como principais mecanismos de lesão o cair montado (trauma a cavaleiro) em 64% da amostra, o trauma direto na região perineal causado por chutes em 30% dos sujeitos do estudo e os acidentes automobilísticos foram apontados em 6% dos casos de lesão uretral traumática (ELGAMMAL, 2009).

Um fator identificado nesta categoria refere-se ao uso prolongado de Ketamina como antecedente de Lesão do trato urinário. A ketamina é um analgésico muito útil no tratamento de dor crônica em pacientes, porém quando

utilizada em altas doses pode predispor o paciente a este tipo de lesão (STORR; QUIBELL, 2009.).

Storr e Quibell (2009) descreveram em um estudo três casos onde após o uso prolongado deste fármaco os sujeitos começaram a apresentar sinais e sintomas de distúrbios urinários como hematúria, disúria, dor perineal e frequência urinária.

5.1.4. Consequências

O Quadro 4 apresenta as consequências do conceito Lesão do trato urinário identificadas nesta análise.

Consequências	Autores
Aumento dos dias de internação	STAMM, et.al., 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009.
Bacteremia	LENZ, 2006.
Sepse	LENZ, 2006; VAIDYANATHAN, et.al., 2006; MCANINCH, 2007.
Câncer de bexiga	LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008; SÉZE, et.al., 2007.
Cálculos renais/vesicais	LENZ, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; IGAWA, et.al., 2008.; SÉZE, et.al., 2007.
Prostatite	LENZ, 2006.
Epididimite	LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008.
Periuretrite	LENZ, 2006.
Hidronefrose	MANGNALL, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; VAIDYANATHAN, et.al., 2006.
Falência Renal	TURNER; DICKENS, 2011; SÉZE, et.al., 2007.
Aumento dos custos do tratamento	BILLINGTON, et.al., 2011; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009.
Incontinência parcial/total	SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007; MCANINCH, 2007.
Impotência transitória/permanente	SHLAMOVITZ; MCCULLOUGH, 2007;

Continua...

	MCANINCH, 2007.
Priapismo	KONDO, et.al., 2007.
Diminuição capacidade vesical/ Incompetência do colo vesical	IGAWA, et.al., 2008; POMFRET; NAZARKO, 2006.

Quadro 4. Consequências do conceito Lesão do Trato Urinário. São Carlos – SP, 2012.

A Lesão do trato urinário possui uma variada gama de consequências, sendo que seus efeitos afetam não somente o indivíduo, mas também apresenta efeitos sociais como o aumento nos dias de internação e aumento dos custos do tratamento.

Complicações como infecção do trato urinário, trauma, dor, obstrução, formação de estenoses aumentam a morbidade e mortalidade dos pacientes internados, além de aumentar os custos com o tratamento, desviando recursos que poderiam ser utilizados para outra finalidade (HEAD, 2006).

Madeo; Roodhouse (2009) apontam em seu trabalho que a infecção do trato urinário relacionada ao uso de cateteres vesicais é responsável por um aumento de seis dias no período de internação, e com isso há um aumento considerável nos custos do tratamento.

Cálculos vesicais ou renais podem ser encontrados em pacientes que utilizam cateteres de demora por longos períodos (TURNER; DICKENS, 2011; LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008), podendo ser considerada uma consequência da Lesão do trato urinário. A formação destes cálculos é induzida pela alcalinização da urina, decorrente de infecção, promovendo, deste modo, a precipitação de sais e a litíase (LENZ, 2006). A Lesão do trato urinário é apontada como um fator de risco independente para a formação de cálculos renais (IGAWA, et.al., 2008).

A hidronefrose ocorre como consequência de uma incapacidade de drenagem da urina, por exemplo, nos casos onde ocorre estenose uretral, obstrução de cateter, ou qualquer outra situação que impeça o esvaziamento vesical. Deste modo, o refluxo de urina para os rins, ou a incapacidade da urina chegar até a bexiga vesical causa a distensão dos cálices renais, e

consequentemente, a hidronefrose (TURNER; DICKENS, 2011; MANGNALL, 2006).

Dentre os problemas mais graves e incapacitantes causados por lesões traumáticas do trato urinário encontram-se a incontinência urinária e a disfunção sexual. A incidência deste tipo de disfunção em decorrência de Lesão do trato urinário após o primeiro reparo cirúrgico tem uma média de aproximadamente 50% (McANINCH, 2007).

A lesão da bexiga pode causar incontinência nos casos onde a lesão se estende até o colo vesical e a lesão uretral pode causar incontinência urinária em cerca de um terço dos pacientes (McANINCH, 2007).

O câncer de bexiga foi apontado por três estudos de revisão de literatura como uma complicação tardia do uso prolongado de cateteres vesicais (LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008; SÉZE, et.al., 2007). A utilização do cateter vesical por longos períodos, cerca de 10 anos, causa uma irritação crônica da mucosa vesical, o que por sua vez pode induzir a metaplasia celular e em seguida a formação de carcinoma de células escamosas (LENZ, 2006).

O priapismo de alto fluxo pode ser considerado uma consequência de Lesão do trato urinário. Kondo et.al. (2007) apresentam um estudo de caso, onde após uma ruptura uretral o paciente apresentou priapismo de alto fluxo.

Olhar para as consequências geradas por uma Lesão do trato urinário nos torna conscientes sobre o enfoque que deve ser dado a sua prevenção, visto que seus efeitos podem trazer sérias consequências para o paciente, família e até mesmo para o sistema de saúde.

A equipe de enfermagem deve ser treinada para o atendimento e cuidados a pacientes em uso de cateteres vesicais, pois este dispositivo apresentou-se como principal fator de risco para o desenvolvimento de Lesões do trato urinário.

O treinamento adequado da equipe para o manejo do paciente com cateter urinário faz com que esta experiência seja tão segura e efetiva quanto possível (MADEO; ROODHOUSE, 2009).

Neste sentido a enfermagem assume papel fundamental junto ao paciente que apresenta risco de Lesão do trato urinário por uso do cateter vesical e por este motivo deve conhecer os fatores de risco e saber intervir, visando à prevenção destas injúrias.

5.1.5. Exemplo

O exemplo de Lesão do trato urinário foi extraído de um dos artigos selecionados para esta análise de conceito, onde é apresentado um estudo de caso por Kondo et.al. (2007).

Um homem de 68 anos de idade foi hospitalizado por alteração da consciência devido a uma hemorragia cerebral. O paciente faz uso de um cateter vesical de demora do tipo Foley por três meses, desde sua admissão e periodicamente eram realizadas trocas deste dispositivo.

Após uma destas trocas periódicas foi observado que o pênis do paciente apresentou um processo de intumescimento persistente, além de hemorragia uretral massiva, a qual foi controlada, momentaneamente, com um torniquete.

As repetidas trocas do cateter vesical de demora causaram uma ruptura uretral, durante o último procedimento. Foi então levantada uma suspeita de priapismo de alto fluxo e uma angiografia de emergência foi realizada para a confirmação do diagnóstico. Uma embolização foi realizada para tratar a ruptura.

5.1.6. Limitações

A amostra para compor uma análise de conceito segundo o Método Evolucionário de Rodgers (2000) deve ser composta minimamente por 30 estudos. Contudo, o volume encontrado deve promover uma adequada base para a identificação de um consenso entre as disciplinas e também ser suficientemente forte para dar suporte às conclusões do pesquisador.

Deste modo, podemos considerar que o estudo em questão apresenta como limitação o número de artigos selecionados para compor a amostra da referida análise.

5.1.7. Implicações

Os resultados desta análise forneceram a base para dar continuidade aos estudos necessários ao desenvolvimento deste conceito.

O mais significativo resultado obtido desta análise foi que o conceito Lesão do trato urinário apresenta como antecedentes, em sua maioria, fatores relacionados ao uso de cateteres vesicais. Destes, grande parte são elementos que podem ser prevenidos através de educação permanente.

A enfermagem desempenha um papel essencial nos cuidados aos pacientes que necessitam de dispositivos auxiliares para suas funções de eliminação urinária.

O procedimento de inserção de cateteres vesicais, sua manutenção e cuidados ministrados aos pacientes que usam este dispositivo são, em sua maioria, tarefas sob responsabilidade da enfermagem. O mesmo ocorre com o ensino ao paciente em uso de cateteres vesicais seus cuidadores e familiares sobre a técnica de inserção no cateterismo intermitente, bem como os cuidados necessários ao usuário de sonda vesical de demora.

Contudo, este não é um procedimento isento de riscos, sendo suas complicações motivo de preocupação.

Como citado anteriormente, dentre os antecedentes do conceito, a maioria está relacionada ao uso de cateteres vesicais, estes por sua vez, são compostos por uma grande quantidade de fatores que podem ser evitados através de ações de enfermagem.

A fixação adequada, o uso de técnica correta para a inserção do cateter, com bom embasamento teórico-prático, cuidados com esvaziamento adequado da bolsa coletora são ações que podem prevenir lesões no trato urinário.

Além disso, ao tomar ciência de fatores individuais que podem predispor o paciente à Lesão do trato urinário, o profissional de enfermagem poderá elaborar planos de cuidados diferenciados para os pacientes de risco.

Foram identificados também fatores externos como antecedentes do conceito abordado. Os mecanismos de lesão são compostos por acidentes automobilísticos, quedas e traumas que atinjam a região perineal e pubiana.

Com os resultados obtidos nesta análise foi elaborado e proposto um novo diagnóstico de enfermagem, Risco de lesão do trato urinário. Para o futuro desenvolvimento do conceito os achados contribuirão de maneira significativa na construção dos elementos diagnósticos e na formulação de definições operacionais que serão submetidos à validação por consenso entre especialistas, na próxima etapa desta pesquisa.

5.2. Segunda etapa: Elaboração e proposta de diagnóstico de enfermagem

Para a elaboração desta proposta de diagnóstico de enfermagem, foram considerados os sete eixos da taxonomia e seguidas as etapas recomendadas por Scroggins (2010).

5.2.1. Eixo 1: O conceito diagnóstico

Neste caso, o conceito escolhido foi Lesão do trato urinário, por ser considerado uma resposta humana passível de intervenções de enfermagem, principalmente no sentido da prevenção. Este conceito não está apresentado entre os diagnósticos da NANDA –I.

O risco de Lesão do trato urinário é um julgamento clínico que envolve uma resposta humana individual, qual seja a vulnerabilidade para um problema de saúde potencial e que é passível de intervenções de enfermagem para que sejam alcançados resultados satisfatórios no sentido de prevenir e monitorar o surgimento deste problema. É, portanto, coerente com a definição de um diagnóstico de enfermagem.

5.2.2. Eixo 2: Sujeito do diagnóstico

Neste caso, o sujeito do diagnóstico é o indivíduo em uso de cateter vesical.

5.2.3. Eixo 3: Julgamento

O diagnóstico proposto não necessita de um modificador ou descritor, pois ele já apresenta um nível de especificação.

5.2.4. Eixo 4: Localização

Ao propor um novo diagnóstico é preciso questionar se a localização é relevante para o conceito diagnóstico. Neste caso, a localização é relevante, e por isso citada no enunciado, pois o diagnóstico proposto apresenta como localização específica o trato urinário.

5.2.5. Eixo 5: Idade

No momento a idade não será especificada neste conceito diagnóstico. Porém, devem ser realizados novos estudos com cada faixa etária para assim identificar as especificidades de cada uma delas dentro do diagnóstico proposto.

5.2.6. Eixo 6: Tempo

O tempo não é necessário para descrever o conceito diagnóstico de Lesão do trato urinário.

5.2.7. Eixo 7: Situação do diagnóstico

A situação do diagnóstico proposto será de risco.

O risco refere-se a um estado vulnerável, que ocorre em decorrência da exposição a alguns fatores que potencializam a possibilidade de ocorrerem danos ou perdas (SCROGGINS, 2010).

5.2.8. Proposta de enunciado e definição

O enunciado proposto é Risco de lesão do trato urinário.

A definição foi sugerida com base na análise de conceito realizada preliminarmente neste estudo, onde foi utilizada bibliografia de pesquisas e livros publicados nos últimos seis anos.

Deste modo a definição sugerida é risco de alteração na integridade das estruturas do trato urinário inferior, como consequência do uso de cateteres urinários.

5.2.9. Proposta de fatores de risco

Assim como o enunciado e a definição, os fatores de risco devem ter suporte na literatura, e esta deve ser baseada em pesquisas e livros, preferencialmente da área de enfermagem, porém também pode ser utilizada uma literatura de áreas relacionadas para apoio (SCROGGINS, 2010).

Considerando o exposto acima, no Quadro 5 são apresentados os fatores de risco do diagnóstico proposto com suas respectivas bibliografias de apoio. Para esta etapa foram utilizados como base os antecedentes do conceito Lesão do trato urinário, obtidos na análise de conceito realizada na primeira etapa deste trabalho. Os fatores de risco foram divididos em fatores internos e externos.

	Fator de Risco	Referência de apoio
Fatores Internos	Idade avançada	STAMM, et.al., 2006; LENZ, 2006; SÉZE, et.al., 2007.
	Alergia ao látex	IGAWA, et.al., 2008.
	Constipação	TURNER; DICKENS, 2011; NAZARKO, 2007.
	Ingestão inadequada de líquidos	TURNER; DICKENS, 2011
	Obesidade	ORTEGA, et.al., 2008.
	Variações anatômicas de órgãos pélvicos	ORTEGA, et.al., 2008; LENZ, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; IGAWA, et.al., 2008.
	Prejuízo cognitivo	NAZARKO, 2007; POMFRET; NAZARKO, 2006;
	Dissinergia detrusor-esfincteriana	SÉZE, et.al., 2007.
	Trauma raquimedular	SÉZE, et.al., 2007.
	Confusão mental	POMFRET; NAZARKO, 2006;
Sedação	GRAY, 2008;	
	Conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical	LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008.

Continua ...

Fatores Externos	Longo tempo de uso de cateteres vesicais	LENZ, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; STAMM, et.al., 2006; KONDO, et.al., 2007; MADEO; ROODHOUSE, 2009; SÉZE, et.al., 2007.
	Necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais	TURNER; DICKENS, 2011; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009; IGAWA, et.al., 2008; GENG, et al., 2012
	Necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre	TURNER; DICKENS, 2011; SARICA, et.al., 2010; ORTEGA, et.al., 2008; NAZARKO, 2007; HEAD, 2006; MADEO; ROODHOUSE, 2009; IGAWA, et.al., 2008.
	Impossibilidade de fixação do cateter vesical	TURNER; DICKENS, 2011; BILLINGTON, et.al., 2011; GRAY, 2008; IGAWA, et.al., 2008.
	Repetidas e frequentes cateterizações	SARICA, et.al., 2010; KONDO, et.al., 2007; IGAWA, et.al., 2008.

Quadro 5. Fatores de risco e referência de apoio para o diagnóstico de enfermagem proposto Risco de lesão do trato urinário. São Carlos – SP, 2012.

5.2.10. Sugestão de Resultados para Risco de lesão do trato urinário

Os resultados de enfermagem sugeridos, bem como suas definições foram retirados da taxonomia da NOC (Nursing Outcomes Classification) e estão apresentados no Quadro 6.

Resultados de enfermagem	Definição
Conhecimento: Procedimento de Tratamento	Extensão da compreensão sobre os procedimentos necessários como parte de um regime de tratamento.
Controle de Riscos	Ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir ameaças modificáveis à saúde.
Eliminação Urinária	Armazenamento e eliminação de urina

Quadro 6. Resultados de Enfermagem sugeridos para o diagnóstico Risco de lesão do trato urinário, e suas respectivas definições. São Carlos – SP, 2012. Fonte: JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2008.

5.2.11. Sugestão de Intervenções para Risco de lesão do trato urinário

O Quadro 7 lista as intervenções de enfermagem e suas respectivas definições retiradas da Taxonomia da NIC (Nursing Interventions Classification) sugeridas para esta proposta de diagnóstico.

Intervenção de enfermagem	Definição
Cuidados com SONDAS: Urinário	Controle de paciente com dispositivo de drenagem urinária
Ensino: PROCEDIMENTO/TRATAMENTO	Preparo de um paciente para compreender um procedimento ou tratamento prescrito e preparar-se psicologicamente para o mesmo
Controle de INFECÇÃO	Minimizar a aquisição e a transmissão de agentes infecciosos
Desenvolvimento de PROTOCOLOS de cuidados	Construção e uso de uma sequencia programada de atividades de cuidado para melhorar os resultados desejados para o paciente, a um custo eficiente

Continua...

Controle da Eliminação URINÁRIA	Manutenção de um ótimo padrão de eliminação urinária
------------------------------------	---

Quadro 7. Intervenções de Enfermagem sugeridas para o diagnóstico Risco de lesão do trato urinário, e suas respectivas definições. São Carlos – SP, 2012. Fonte: DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008.

5.3. Terceira etapa: Validação de conteúdo diagnóstico

Nesta etapa os elementos do diagnóstico proposto foram organizados e dispostos em um instrumento e enviado para os peritos participantes.

5.3.1. Caracterização dos peritos

Inicialmente foram enviados 28 convites para participação neste estudo através de correspondência eletrônica. Houve um retorno de 21 peritos que aceitaram participar do estudo. Isso representa um índice de 75,0% de respostas positivas para o convite.

Destes 21 peritos que inicialmente aceitaram participar da pesquisa, 16 retornaram o instrumento e o TCLE preenchidos. Isso representa 76,9% de devolução, o que corresponde ao encontrado na literatura nacional de 77,8% (RIBEIRO, 2012). Contudo, este dado não reflete ao encontrado na literatura internacional, onde houve somente 24% de devolução de instrumentos respondidos (WIESEKE, et.al., 1994).

Quanto ao gênero, 13 (81,3%) peritos participantes são mulheres, o que reflete o perfil da característica geral da enfermagem como profissão predominantemente feminina. Esta predominância quanto ao gênero também foi apontada por outros autores (MARTINS, et.al., 2006; PASTI; GIR; DELA COLETA, 1999).

Quanto a formação profissional, 18,7% tem de 5 anos de formação, 31,3% tem entre 6 e 10 anos de formação, 31,3% tem entre 11 e 15 anos de formação e 18,7% mais que 15 anos de formação. O Gráfico 1 apresenta esta distribuição.

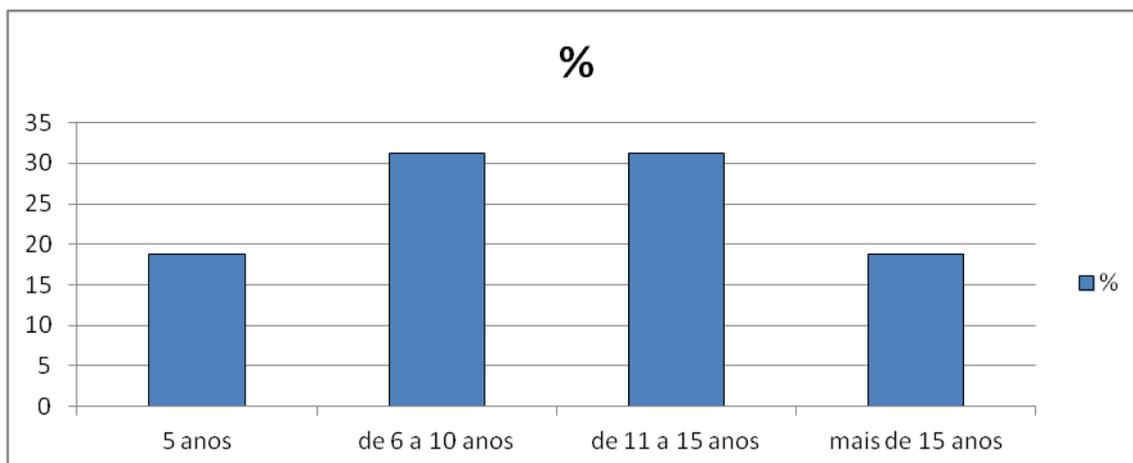


Gráfico 1. Distribuição dos peritos de acordo com o tempo de formação profissional. São Carlos - SP, 2012.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos peritos com relação à formação de pós graduação.

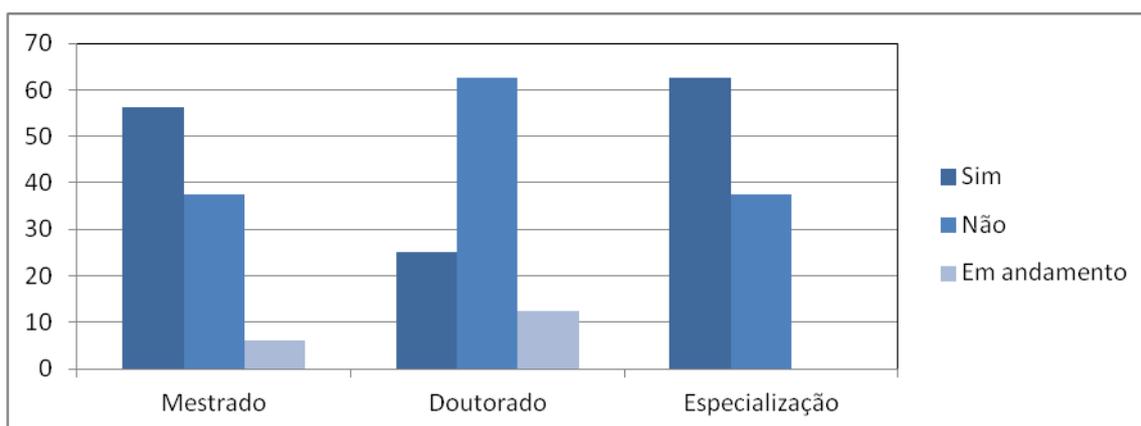


Gráfico 2. Distribuição dos peritos de acordo com a formação de pós-graduação. São Carlos - SP, 2012.

Dentre os peritos participantes, 62,5% tem especialização, sendo que Terapia Intensiva (50%) e Unidades de Cardiologia e Hemodinâmica (30%) foram as áreas com maior representatividade. Alguns peritos apresentaram mais de uma área de especialização.

Dos peritos que participaram deste estudo 10 possuíam as qualificações estabelecidas por Fehring e 6 apresentavam experiência clínica relevante com pacientes em uso de cateteres vesicais.

Fehring (1994) aponta em seus critérios para classificação de peritos que o título de mestrado é muito importante para a expertise dos peritos, e por este motivo esta titulação apresenta pontuação alta para a avaliação dos peritos.

Como a amostra de peritos foi composta considerando também a experiência clínica com pacientes em uso de cateteres, 56,3% dos peritos participantes tem mestrado.

Desta amostra de 10 peritos (62,5%) que atenderam aos critérios estabelecidos por Fehring (1994), um não tem mestrado, mas tem doutorado e alcançou 7 pontos, segundo os critérios estabelecidos por este autor. A distribuição da pontuação destes peritos segundo este modelo está apresentada no Quadro 8.

Pontuação	n	%
5	2	20
7	3	30
9	5	50
Total	10	100

Quadro 8. Distribuição da pontuação dos peritos selecionados segundo o modelo de Fehring (1994). São Carlos – SP, 2012.

Quanto ao tempo de experiência profissional, todos os peritos tem mais de 5 anos de experiência seja na assistência ou no ensino de enfermagem. Esta distribuição está apresentada no Quadro 9.

Tempo	Assistência	Ensino Técnico	Ensino Superior
0 anos	6,2	56,3	37,5
1 a 5 anos	43,8	25	31,3
6 a 10 anos	18,7	18,7	18,7
11 a 15 anos	31,3	0	12,5
Total	100	100	100

Quadro 9. Distribuição dos peritos segundo experiência profissional na assistência, no ensino ao nível técnico e ao nível superior. São Carlos – SP, 2012.

Os peritos que atenderam ao critério de possuir experiência clínica com pacientes em uso de sonda vesical (37,5%) não possuíam mestrado ou doutorado. Ressalta-se que todos estes peritos apresentavam mais de 4 anos de experiência clínica, sendo que 16,7% destes representam peritos com mais de 12 anos.

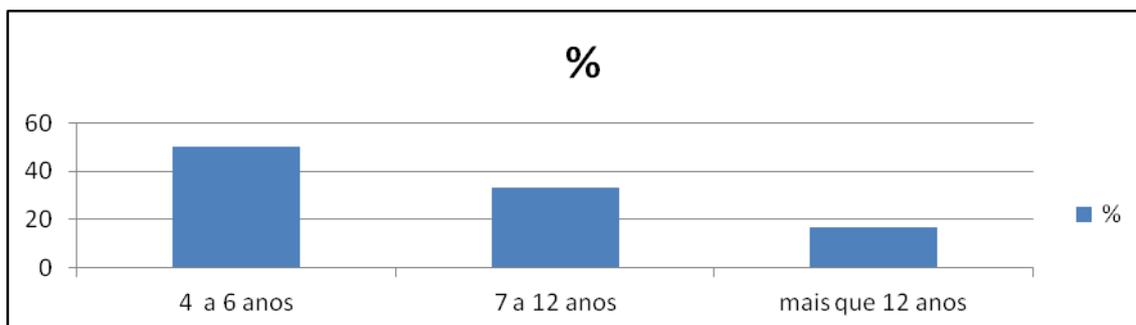


Gráfico 3. Distribuição dos peritos selecionados por experiência clínica segundo o tempo de experiência. São Carlos – SP, 2012.

A experiência clínica dos peritos participantes está concentrada, principalmente, nas áreas de terapia intensiva, centro cirúrgico, clínica médica, emergência e reabilitação neurológica.

Ribeiro (2012) apontou em seu estudo de validação de diagnósticos de enfermagem com peritos que as situações que o enfermeiro vivencia na prática clínica muitas vezes envolvem o diagnóstico em estudo e isto influencia positivamente seu julgamento.

Dos peritos participantes da pesquisa, 62,5% possuíam algum trabalho envolvendo diagnósticos de enfermagem e 12,5% realizaram trabalhos com pacientes em uso de cateteres vesicais.

5.1.1. Validação por consenso

Os peritos participantes avaliaram a pertinência da inserção do diagnóstico proposto na taxonomia da NANDA-I, bem como a adequação de todos os seus elementos: enunciado, definição e fatores de risco.

5.1.1.1. Inserção do diagnóstico na taxonomia

O diagnóstico proposto foi apresentado aos peritos para ser incluído no Domínio 11 e na Classe 2 da taxonomia II da NANDA-I. Na avaliação da inserção desta proposta na taxonomia, houve 100% de concordância dos peritos.

O domínio 11 tem como título Segurança e Proteção, e é definido pela NANDA –I (2010) como a ausência de perigo, lesão física ou ainda de danos ao sistema imunológico. Ele engloba a conservação contra as perdas, além da ausência de perigos e a manutenção da segurança.

Definida como “dano ou ferimento ao organismo” (NANDA-I, 2010), Lesão física é a Classe 2 deste Domínio.

5.1.1.2. *Enunciado diagnóstico*

Quanto ao enunciado proposto Risco de lesão do trato urinário, o IVC foi igual a 1, o que representa 100% de concordância quanto à sua pertinência. Porém três peritos sugeriram que fosse incluída a palavra inferior ao final do enunciado.

A sugestão destes peritos foi considerada pertinente, sendo que, os cateteres vesicais podem causar lesões apenas na bexiga e uretra. Contudo, a lesão renal e dos ureteres pode ocorrer como consequência da lesão das estruturas do trato urinário inferior.

Este dado é suportado pela análise de conceito realizada neste estudo que aponta cálculos renais (LENZ, 2006; IGAWA, et.al., 2008), hidronefrose (MANGNALL, 2006; TURNER; DICKENS, 2011; VAIDYANATHAN, et.al., 2006) e falência renal (TURNER; DICKENS, 2011; SÉZE, et.al., 2007) como consequências de lesão do trato urinário pelo uso de cateteres vesicais.

Ademais, na literatura não foi identificada uma especificação de órgãos que compõem trato urinário inferior e superior, portanto, optou-se por manter o enunciado sem esta especificação.

5.1.1.3. *Definição do diagnóstico*

A definição para o diagnóstico proposto foi: “Risco de alteração na integridade das estruturas do trato urinário inferior, como consequência do uso de cateteres urinários”.

O IVC deste elemento foi igual a 0,93, o que indica um conteúdo válido.

Três peritos sugeriram modificações no sentido de ampliar o enfoque para além dos cateteres vesicais, justificando que outras situações que não somente esta podem colocar o paciente em risco de lesão do trato urinário.

O uso de dispositivos externos para incontinência urinária foi apontado como uma situação onde o paciente pode desenvolver lesão do meato uretral em decorrência do atrito com este dispositivo.

Pacientes do gênero masculino que apresentam incontinência urinária podem utilizar os dispositivos externos de retenção. Este consiste em um *condom* que possui uma abertura por um tubo para a drenagem da urina. Para a sua fixação, alguns modelos possuem adesivo em sua superfície interna enquanto outros utilizam uma faixa ou balão (FONTE, 2008).

Em um estudo com o diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados o uso deste condom foi apontado como indicativo de risco para o aumento da umidade no local, o que por sua vez, é um fator de risco para lesão da pele (MALAQUIAS, et. al., 2008).

Outras situações citadas pelos peritos que podem causar lesões no trato urinário foram os exames e outros procedimentos invasivos realizados no trato urinário.

A instrumentação do trato urinário pode ter finalidade diagnóstica ou terapêutica e deve ser realizada de modo cuidadoso, pois esta manipulação pode causar uma lesão significativa das estruturas do trato urinário (STOLLER, 2007).

Estas situações, no entanto, caracterizam situações de erros de profissionais de saúde e não uma resposta humana a processos vitais passíveis de julgamento clínico e intervenções pelo profissional de enfermagem. Por este motivo não foram consideradas para definição de um diagnóstico de enfermagem.

De acordo com as sugestões obtidas, a definição foi alterada para “risco de alteração na integridade das estruturas do trato urinário como consequência do uso de dispositivos urinários”.

5.1.1.4. Fatores de risco

Os fatores de risco para esta proposta de diagnóstico foram classificados em fatores internos e externos.

Os fatores de risco internos enviados aos peritos foram: idade avançada, alergia ao látex, constipação, ingestão inadequada de líquidos, obesidade, variações anatômicas de órgãos pélvicos, prejuízo cognitivo, dissinergia detrusor-esfincteriana, trauma raquimedular, confusão mental, sedação, conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical.

O Quadro 10 mostra a pontuação de cada um destes fatores de risco.

Fator de Risco Interno	IVC
Idade avançada	0,81
Alergia ao látex	0,87
Constipação	0,56
Ingestão inadequada de líquidos	0,75
Obesidade	0,81
Variações anatômicas de órgãos pélvicos	1
Prejuízo cognitivo	1
Dissinergia detrusor-esfincteriana	0,93
Trauma raquimedular	0,87
Confusão mental	1
Sedação	0,75
Conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical	1

Quadro 10. Apresentação dos fatores de risco internos e suas respectivas pontuações do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos – SP, 2012.

Os fatores de risco constipação, ingestão inadequada de líquidos e sedação não atingiram o IVC determinado para este estudo e por este motivo foram excluídos dos fatores de risco propostos para este diagnóstico.

A sedação foi um fator de risco excluído, pois atingiu um IVC de 0,75. Este foi um fator de risco onde houve bastante divergência de opiniões entre os peritos. Alguns apontaram que esta diminuição da sensibilidade causada pelo

uso de sedativos poderia aumentar o risco para este tipo de lesão, enquanto outros apontaram que isto não aumentaria o risco para a lesão do trato urinário.

A literatura aponta que o risco de remoção inadvertida é alto em pacientes sedados. Além disso, a sedação deixa os pacientes incapazes para alertarem possíveis trações não intencionais que podem causar remoção traumática do cateter e conseqüentemente lesão uretral (GRAY, 2008).

A constipação foi um fator de risco excluído por não atingir um IVC de 0,80. Esta condição pode causar uma pressão no lúmen do cateter, o que pode impedir a drenagem causando um refluxo ureteral e renal (GENG, et.al., 2012).

Um perito apontou que somente nos casos onde ocorre a impaction fecal pode haver um maior risco de lesão do trato urinário, por obstrução da uretra e do fluxo uretral.

Nazarko (2007) aponta que a constipação pode levar a dificuldades de eliminação urinária e a impaction fecal pode obstruir totalmente o fluxo urinário.

Neste sentido a hidratação adequada pode diminuir a constipação e estes problemas relacionados à sua ocorrência (TURNER; DICKENS, 2011).

A ingestão inadequada de líquidos foi um fator de risco não validado. Um perito apontou que este é um fator que pode melhorar algumas complicações relacionadas ao cateter, porém não é um fator que aumentaria a vulnerabilidade do paciente a estes danos.

A obesidade foi um fator de risco validado, porém foi ressaltado por um perito que o Índice de Massa Corporal (IMC) não deve ser isoladamente um critério para se determinar este fator.

As observações dos peritos para este fator de risco foram positivas, ou seja, reforçando a validade do fator de risco no sentido que o paciente obeso tem maior dificuldade de realizar sua higiene, há uma umidade maior, principalmente na região perineal, e estes fatores podem aumentar a chance de colonização do cateter.

Além disso, em pacientes obesos pode haver uma dificuldade durante o procedimento de cateterismo vesical para a visualização da uretra (ORTEGA, et.al., 2008).

Confusão mental e prejuízo cognitivo apresentaram um IVC igual a 1, que representa que todos os peritos consideraram estes fatores válidos para o

diagnóstico proposto. Do mesmo modo trauma raquimedular apresentou IVC de 0,87 o que representa elevado percentual de concordância.

Houve sugestões para que os fatores confusão mental e prejuízo cognitivo fossem colocados como um único fator de risco.

Confusão mental pode ser caracterizada pela perda de atenção, falta de clareza nos pensamentos, respostas lentas e percepção anormal do tempo e espaço (PORTO, 2001).

A cognição é um conjunto de capacidades que torna possível os relacionamentos através da concentração, aprendizado, raciocínio lógico, escolhas, entre outras (MONTEIRO; LOUZÃ, 2007). O prejuízo cognitivo é, portanto, uma alteração nas funções concentração, aprendizado, raciocínio lógico, capacidade de fazer escolhas, entre outras que tornam possível os relacionamentos.

Considerando que estes são conceitos diferentes, os fatores foram mantidos separados.

Dois peritos apontaram sugestões para que o fator de risco trauma raquimedular fosse substituído por lesão medular.

O termo trauma raquimedular engloba somente as lesões traumáticas que acometem a medula e exclui as lesões medulares não traumáticas como a esclerose múltipla, mielites, tumores, mielomeningoceles, neurocisticercose, neurotoxoplasmose.

Lesão medular é considerada um grupo de alterações que ocorrem no canal vertebral com os neurônios do sistema nervoso central (SNC). Estas alterações podem ocorrer com variados graus de extensão e comprometimento das funções medulares (MEYER, et.al., 2003).

A medula tem funções motoras, sensitivas e atividades reflexas que podem ser interrompidas não somente por eventos traumáticos, mas também por infecções, alterações congênitas, doenças degenerativas, tumores, compressão (MEYER, et.al., 2003).

Por este motivo a sugestão de dois peritos em alterar o termo trauma raquimedular por lesão medular foi considerada pertinente.

As lesões medulares podem causar alterações funcionais graves no trato urinário. Um estudo experimental apontou a presença de importante resposta inflamatória e sofrimento tecidual na bexiga durante a fase aguda de

lesão medular em animais submetidos à lesão experimental (MEYER, et.al., 2003).

A bexiga neurogênica é uma disfunção que resulta destas lesões medulares e pode ser classificada, de um modo geral, em espástica e flácida (SMELTZER; BARE, 2006).

A bexiga espástica resulta na perda da sensação consciente e do controle motor cerebral durante a micção. A bexiga é esvaziada por um reflexo (SMELTZER; BARE, 2006), normalmente causado pela hiperatividade do músculo detrusor durante o enchimento vesical (FONTE, 2008).

Em contrapartida, na bexiga flácida ocorre um fracasso no esvaziamento vesical, o músculo detrusor não se contrai e o paciente não sente desconforto. A bexiga continua a se encher ficando distendida, e neste caso ocorre a incontinência por hiper-refluxo (SMELTZER; BARE, 2006; FONTE, 2008).

Nos casos onde este prejuízo na eliminação ocorre por falha no esfíncter uretral a causa pode ser a dissinergia detrusor-esfincteriana. Este distúrbio ocorre devido a um comprometimento entre a contração do músculo detrusor e o relaxamento do esfíncter uretral no momento da micção. A saída da bexiga é obstruída, pois o músculo e o esfíncter têm contrações simultâneas (FONTE, 2008).

Com base no exposto, podemos inferir que a dissinergia detrusor-esfincteriana pode causar alterações nas estruturas dos ureteres e principalmente dos rins. O prejuízo na eliminação pode levar a distensão vesical e conseqüentemente ao refluxo para os ureteres e rins. No paciente em uso de cateteres vesicais estas contrações esfincterianas desordenadas podem também aumentar o risco para um trauma uretral.

Houve a sugestão de alterar a apresentação do fator de risco variações anatômicas por alterações anatômicas. Para um melhor entendimento desta sugestão buscou-se compreender o significado das palavras alteração e variação.

Variação é definida por Michaelis (2007) como uma modificação, uma mudança. As diferenças sejam estas genéticas ou não, que ocorrem entre os indivíduos também são consideradas por este autor como variação.

Alteração é modificação, mudança, decomposição, degeneração, falsificação, irregularidade, mudança de estado (MICHAELIS, 2007).

A palavra variação é mais pertinente para apresentar o fator de risco em questão, pois trata de diferenças das estruturas do trato urinário e por este motivo a apresentação original e validada foi mantida.

Os fatores de risco internos validados foram: idade avançada, alergia ao látex, obesidade, variações anatômicas de órgãos pélvicos, prejuízo cognitivo, dissinergia detrusor-esfincteriana, lesão medular, confusão mental e conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical.

Todos os fatores de risco externos submetidos à avaliação dos peritos foram validados. Estes fatores e as respectivas avaliações estão apresentados no Quadro 11.

Fator de Risco Externo	IVC
Longo tempo de uso de cateteres vesicais	1
Necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais	0,87
Necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre	0,93
Impossibilidade de fixação do cateter vesical	1
Repetidas e frequentes cateterizações	0,93

Quadro 11. Apresentação dos fatores de risco externos e suas respectivas pontuações do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). São Carlos – SP, 2012.

Insuflar o balão com o volume adequado é muito importante para garantir que o cateter permaneça alocado corretamente. Este dado foi ressaltado na observação de um perito.

O objetivo do balão de retenção é manter o cateter posicionado corretamente (GENG, et.al., 2012; HART, 2008). O tamanho do balão em cateteres para adultos varia entre cinco e 15 ml (GENG, et.al., 2012), sendo geralmente adotado o padrão de 10ml (GENG, et.al., 2012; HART, 2008; TURNER; DICKENS, 2011; HEAD, 2006).

Por outro lado existem algumas situações nas quais há a necessidade de manter um volume maior no balão de retenção. Insuflar o balão com 30 ml ou mais é uma prática que ocorre somente após procedimentos urológicos,

onde há a necessidade de realizar hemostasia, (GENG, et al., 2012; HART, 2008; TURNER; DICKENS, 2011; HEAD, 2006).

Nestes casos deve-se proceder a uma monitoração rigorosa destes pacientes para os sinais de lesão. Balões insuflados com pequenos volumes diminuem a irritação uretral e previnem urina residual (HART, 2008). Balões excessivamente cheios estão associados com espasmos vesicais, irritação na mucosa (TURNER; DICKENS, 2011; HART, 2008) e consequentemente vazamentos e dor (HART, 2008).

O mesmo ocorre com o calibre dos cateteres, pois exceto em situações com indicação clínica, deve-se considerar o uso de cateteres de menor calibre possível para que haja boa drenagem (GENG, 2012; HERTER; KAZER, 2010; ADDISON, et.al., 2012).

Os tamanhos 12, 14 e 16 Fr são indicados para homens e 12 e 14 Fr para mulheres (ADDISON, et.al., 2012). Cateteres de grande calibre são aqueles entre 18 e 24 Fr e utilizados em pacientes com alto risco de obstrução do dispositivo, como aqueles com hematúria franca (ORTEGA, et. al., 2008).

Cateteres de grande calibre podem causar erosão uretral e no esfíncter vesical, além de abscessos, fístulas (IGAWA, et.al., 2008), estenoses e impedem a drenagem adequada das glândulas periuretrais (HERTER; KAZER, 2010).

Um perito levantou uma questão sobre o fator de risco 'impossibilidade de fixação do cateter'. Ele apontou que a fixação pode causar lesões na pele, no local onde se realizou a fixação, e que este, é ponto que deve ser considerado.

Contudo, a fixação tem importante função para prevenir movimentações com consequentes trações uretrais De acordo com as diretrizes publicadas pela Associação Europeia de Enfermagem Urológica sobre a melhor prática baseada em evidências em cuidados urológicos, a fixação do cateter tem nível de evidência 1b, isto é, obtido por pelo menos um estudo randomizado. Além disso, apresenta grau de recomendação A, que são aqueles baseados em estudos clínicos de boa qualidade e consistência metodológica (GENG, et.al., 2012).

Sendo assim, outras medidas devem ser adotadas para prevenir as lesões na pele onde é realizada a fixação como a inspeção da pele local, a

troca diária da fixação, cuidados de limpeza e rodízio do local de fixação, seguindo os locais recomendados de acordo com gênero.

Deste modo, os fatores de risco externo validados foram: longo tempo de uso de cateteres vesicais, necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais, necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre, impossibilidade de fixação do cateter vesical, repetidas e frequentes cateterizações.

Foi calculado o IVC para o diagnóstico como um todo e o valor obtido foi 0,92, o que representa um conteúdo total válido.

5.1.1.5. Aplicabilidade do diagnóstico proposto

Ao final do instrumento foi apresentado aos peritos o diagnóstico de enfermagem da NANDA-I (2010) Risco de lesão e duas questões foram levantadas.

A primeira delas era se os fatores de risco conforme apresentados pela NANDA-I para o diagnóstico Risco de lesão contemplavam totalmente as necessidades dos pacientes em uso de cateteres vesicais.

A resposta para esta questão foi negativa para 14 (87,5%) peritos. Para eles, o diagnóstico Risco de lesão conforme apresentado pela NANDA – I (2010) não contempla totalmente os pacientes em uso de cateteres vesicais.

A segunda questão apresentada ao final para os peritos foi: O diagnóstico apresentado neste estudo Risco de lesão do trato urinário é um diagnóstico de enfermagem?

Todos os peritos responderam afirmativamente que a proposta Risco de lesão do trato urinário é um diagnóstico de enfermagem.

Conclusões

6. Conclusões

Este estudo propôs a elaboração e validação de um diagnóstico de enfermagem para contemplar totalmente a vulnerabilidade dos pacientes em uso de cateteres vesicais. Para isto, ele foi desenvolvido em três etapas: análise de conceito, elaboração do diagnóstico e validação de conteúdo.

Através da análise de conceito foi possível observar que os atributos de Lesão do trato urinário refletem as respostas do organismo ao estímulo agressivo causador da lesão. Estas respostas podem causar alterações que levam a uma adaptação ou mesmo a morte tecidual, caracterizada pela necrose. As consequências destas lesões afetam o indivíduo, suas relações familiares e sociais.

Os antecedentes deste conceito apontam para fatores, em sua maioria, relacionados ao uso de cateteres vesicais, e que são passíveis de intervenções de enfermagem capazes de prevenir as lesões causadas pelo uso destes dispositivos.

Ressalta-se que o profissional de enfermagem está diretamente envolvido no processo de inserção e manutenção de cateteres vesicais e por este motivo o conhecimento acerca dos pacientes que apresentam risco e quais os fatores de risco apresentados por cada paciente pode auxiliar no planejamento de cuidados individualizados e contribuir para a redução da incidência das lesões.

A educação permanente baseada nas melhores evidências, assim como o conhecimento dos profissionais para identificar os riscos são ações que podem contribuir para a prevenção de lesões no trato urinário.

A proposta do diagnóstico foi elaborada com base nos resultados da análise de conceito e seguindo as etapas recomendadas por Scroggins (2010) e os eixos da taxonomia II da NANDA-I.

Houve a participação de 16 peritos na etapa de validação de conteúdo, sendo que a maioria tem entre 6 e 15 anos de formação e todos tem mais de 5 anos de experiência profissional.

A etapa de validação do conteúdo diagnóstico através da avaliação de especialistas é um modelo que recebe críticas pela dificuldade de se encontrar peritos, tanto em número adequado, quanto com adequada qualificação. Além

disso, outra dificuldade é a aceitação para participar da pesquisa e a devolução do instrumento. No entanto, no presente estudo 75% dos peritos convidados aceitaram participar do estudo, e 76,9% destes devolveram o instrumento respondido.

As observações realizadas pelos peritos foram altamente pertinentes para cada elemento avaliado. Os dados encontrados na análise de conceito foram ressaltados e validados pelos peritos.

Sedação e Ingestão inadequada de líquidos foram antecedentes de lesão do trato urinário não validados como fatores de risco para o presente diagnóstico. Estes foram encontrados em apenas um estudo da literatura que compôs a análise.

Por se tratar de um diagnóstico de risco e pelas características dos pacientes que o apresentam, há uma dificuldade em testá-lo clinicamente. Por este motivo, o estudo foi relevante para a validação desta proposta de diagnóstico de enfermagem.

Considerando que o uso de classificações padronizadas qualifica o cuidado, é relevante o desenvolvimento de estudos envolvendo intervenções e resultados para esta proposta de diagnóstico, uma vez que estes contribuem para a construção da base científica destas classificações.

Considera-se como limitação deste estudo a quantidade de artigos que compôs a amostra para a análise de conceito (n=21). O método utilizado na análise de conceito aponta que esta amostra deve ser composta minimamente por 30 artigos para que possa ser obtido um consenso sobre o tema (RODGERS, 2000). No entanto, mesmo sendo consultadas as bases de dados LILACS, PubMed, CINAHL e Biblioteca Cochrane, que são consideradas muito importantes para a área de enfermagem e saúde em geral, o número de artigos encontrados na temática é escasso. Este dado foi também identificado no estudo de Santos (2010).

Os resultados desta dissertação contribuem para a melhoria dos cuidados prestados aos pacientes em uso de cateteres vesicais. Ao apontar e validar os fatores que podem predispor os pacientes a lesões do trato urinário, planos de cuidado podem ser elaborados e direcionados para cada paciente com sua necessidade específica.

O Quadro 12 apresenta a proposta de diagnóstico de enfermagem, validada pelos peritos.

Risco de lesão do trato urinário	
Domínio 11: Segurança e Proteção	
Classe 2: Lesão física	
Definição: Risco de alteração na integridade das estruturas do trato urinário como consequência do uso de dispositivos urinários.	
Fatores de Risco	
Fatores Internos	Fatores Externos
Idade avançada	Longo tempo de uso de cateteres vesicais
Alergia ao látex	Necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais
Obesidade	Necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre
Variações anatômicas de órgãos pélvicos	Impossibilidade de fixação do cateter vesical
Prejuízo cognitivo	Repetidas e frequentes cateterizações
Dissinergia detrusor-esfincteriana	
Lesão medular	
Confusão mental	
Conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical	

Quadro 12. Apresentação da proposta de diagnóstico de enfermagem com os elementos validados por peritos. São Carlos – SP, 2012.

Referências

7. Referências

ABDDELLAH, K. Methods of identifying covert aspects of nursing problems: a key to improved clinical teaching. **Nursing Research**, v. 6, n. 1, p. 4-23, Jun. 1957.

ADDISON, R.; FOXLEY, S.; MOULD, C.; NAISH, W.; OLIVER, H.; SULLIVAN, J.; THOMAS, S.; REID, J.; LOGAN OBE, K.; JONES, S.; PHILLIMORE, A.; VAUGHAN, A. Cateter care: RCN Guidance for Nurses. **Royal College of Nursing**: London, 2 ed. 2012.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AQUINO, R.D.; FONSECA, S.M.; LOURENÇO, E.P.L.; LEITE, A.L.; BETTENCOURT, A.R.C. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de pneumologia. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 2, p. 192-198, 2011.

AVANT, K. Nursing Diagnosis: Maternal Attachment. **Nursing Diagnosis**, p. 45-55, 1979.

AZZOLIN, K.; LUCENA, A.F.; RUSCHEL, K.; MUSSI, C.; SOUZA, E.N.; RABELO, E.R. Consenso de diagnósticos, intervenções e resultados conforme a NANDA-NOC-NIC para pacientes com insuficiência cardíaca atendidos em visita domiciliar. In: Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem, 10., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília (DF): ABEn- Nacional, 2010. p.182-185.

BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; NASCIMENTO, K.C.; ERDMANN, A.L. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno Interativo e multidimensional. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, Nov/Dez. 2008.

BILLINGTON, A.; CRANE, C.; JOWNALLY, S.; KIRKWOOD, L.; ROODHOUSE, A. Minimizing the complications associated with migrating catheters. **British Journal of Community Nursing**, v. 13, n. 11, p. 502-506, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196.1996. Brasília: CNS; 1996.

CARVALHO, E.C.; BACHION, M.M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Rev Eletr Enf**, v.11, n.3, p.466, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>>

CRUZ, D.A.L.M. Processo de Enfermagem e Classificações. In: GAIDZINSKI, R.R. et.al. **Diagnóstico de Enfermagem na Prática Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 28-37.

CURY, J.; MESQUITA, J.L.B.; PONTES, J.; OLIVEIRA, L.C.N.; CORDEIRO, M.; COELHO, R.F. Trauma urológico. **Rev Med (São Paulo)**, v.87, n.3, p.184-94, 2008.

DANGELO, J.G.; FATTINI, C.A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. Para o estudante de medicina. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 671p.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988p.

DRINKA, P.J. Complications of chronic indwelling urinary catheters. **J Am Med Dir Assoc**, v. 7 p. 388-392, 2006.

ELGAMMAL, M. A. Straddle Injuries to the Bulbar Urethra: Management and Outcome in 53 Patients. **Int Braz J Urol**, v. 35, n. 4, p. 450-458, 2009.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung: Journal of Critical Care**. St Louis, v. 16, n. 16, p. 625- 629, Nov. 1987.

FEHRING, R.J. Symposium of Validation Models: the Fehring Model. In: CARROL – JOHNSON, R.M. & PAQUETTE, M. **Classification of Nursing Diagnoses**: Proceedings of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 55-62.

FEHRING, R.J. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In: HURLEY, ME; et al. **Classification of nursing diagnosis**: Proceedins of the sixth conference of North American Nursing Diagnosis Association. St Louis: Mosby, 1986. p. 183-190.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3º Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

FONTE, N. Urological Care of the Spinal Cord–Injured Patient. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 35, n. 3, p. 323-331, 2008.

FOSCHIERA, F.; VIEIRA, C.S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Rev Eletr de Enferm**, v. 6, n. 2, p. 189-198, 2004.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**, v. 5, n. 1, p. 60-66, Jan/Abr. 2006.

GENG, V.; COBUSSEN-BOEKHORST, H.; FARRELL, J.; GEA-SÁNCHEZ, M.; PEARCE, I.; SCHWENNESEN, T.; VAHR, S.; VANDEWINKEL, C. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation-

Indwelling catheters in adults: Urethral and Suprapubic. **European Association of Urology Nurses**, 2012.

GORDON, M.; SWENLY, M.A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Nursing Diagnosis**, p. 1- 15, 1989.

GRANDE Enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Nova Cultural, 1995.

GRAY, M.L. Securing the Indwelling Catheter. **AJN**, v.108, n.12, p. 44-50, 2008.

GUIMARÃES, D.T. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2002.

HART, S. Urinary catheterization. **Nursing Standard**, v. 22, n. 27, p. 44-48, Mar. 2008.

HEAD, C. Insertion of a urinary catheter. **Nurs Older People**, v. 18, n. 10, p. 33-36, 2006.

HERDMAN, T.H. (Ed.). **NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions & Classification, 2012-2014**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. 533p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. Identification of Core Nursing Diagnoses: A Method Of Curriculum Design Based On Critical Nursing Knowledge. In: **Latin American Symposium Proceedings**, 2011, NANDA- I. p.21.

HERTER, R.; KAZER, M.W. Best practices in urinary catheter. **Home Healthcare Nurse**. v. 28, n. 6, p. 342-349, Jun. 2010.

HOMENKO, A.S.; LELIS, M.A.S.; CURY, J. Verdades e mitos no seguimento de pacientes com cateteres vesicais de demora. **Sinopse de Urologia**. v. 7, n. 2, p. 33-40, 2003.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. 3ª Ed. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

HOSKINS, L.M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROL JOHNSON, R.M. et al. **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the eighth conference of NANDA**. Philadelphia: Lippincott, v. 19, p. 126-131, 1989.

IGAWA, Y.; WYNDAELE, J.J.; NISHIZAWA, O. Catheterization: Possible complications and their prevention and Treatment. **International Journal of Urology**, v.15, n.1, p. 481-485, 2008.

JOHNSON M, MASS M, MOORHEAD S. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

KASHEFI, C.; MESSER, K.; BARDEN, R.; SEXTON, C.; PARSONS, J.K. Incidence and Prevention of Iatrogenic Urethral Injuries. **J Urol**, v.179, p. 2254-2258, 2008.

KONDO, H.; YAMADA, T.; Kanematsu, M.; KAKO, N.; GOSHIMA, S.; YAMAMOTO, N. Embolization for massive urethral hemorrhage. **Abdom Imaging**, v. 32, p. 262–263, 2007.

KUGA, A.P.V.; FERNANDES, M.V.L. **Prevenção de infecção do trato urinário – ITU: relacionado à assistência a saúde**. 2ª ed. São Paulo: Associação Paulista de estudos e controle de infecção hospitalar, 2008.

KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N.; ASTER, J.C. Respostas Celulares ao Estresse e aos Estímulos Tóxicos: Adaptação, Lesão e Morte. In: KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N.; ASTER, J.C. **Robbins e Cotran: Bases Patológicas das Doenças**. [Tradução Patrícia Dias Fernandes, et al.]. 8ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2010. p. 5-25.

LENZ, L.L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, p. 82-91, 2006.

LIRA, A.L.B.C.; ALBUQUERQUE, J.G.; LOPES, M.V.O. Perfil dos diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes transplantados renais. **Rev Enf UERJ**, v. 15, n.1, p. 13-19, 2007.

LO, et.al. Estratégias para prevenção de infecções de trato urinário relacionadas a cateter em hospitais de curta permanência. A compedium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals. **Infection control and hospital epidemiology**, v. 29, p. 49-56, 2008.

LUNNEY, M. The Need for International Nursing Diagnosis Research and a Theoretical Framework. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 19, n. 1, p. 28-34, Jan/Mar. 2008.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**. v. 35, n. 6, p. 382-385, Nov/Dec. 1986.

MADEO, M.; ROODHOUSE, A.J. Reducing the risks associated with urinary catheters. **Nursing Standard**, v. 23, n. 29. p. 47-55, 2009.

MALAQUIAS, S.G.; BACHION, M.M.; NAKATANI, A.Y.K. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 3, p. 428-436, Jul/Set. 2008.

MANGNALL, J. Intermittent catheterisation: using a reflective framework. **Nursing Standard**, v. 20, n. 43, p. 57-64, 2006.

MARTINS C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M.J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, Jul/Set. 2006.

McANINCH, J.W. Lesões do trato geniturinário. In: TANAGHO, E.A.; McANINCH, J.W. **Urologia geral de Smith**. 16ª Edição. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 643-659.

MEYER, F.; VIALLE, L.R.; VIALLE, E.M.; BLEGGI-TORRES, L.F.; RASERA, E.; LEONEL, I. Alterações vesicais na lesão medular experimental em ratos. **Acta Cir Bras** [serial online], v.18, n. 3, p. 203-208, Mai/Jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/acb>>.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998- 2007 (**Dicionários Michaelis**). 2259p. Acesso em 02 de maio de 2012. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?typePag=creditos&languageText=portugues-portugues>>.

MONTEIRO, L.C.; LOUZÃ, M.R. Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. **Rev. Psiq. Clín**, v. 34, n. 2, p. 179-183, 2007.

MULLER-STAU, M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 20, n. 1, p. 9-15, Jan/Mar. 2009.

NAPOLEÃO, A.A.; CALDATO, V.G.; PETRILLI FILHO, J.F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 286-294, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>>.

NAZARKO, L. Avoiding the pitfalls and perils of catheter care. **Br J Nurs**, v.16, n.8, p. 468-472, 2007.

NAZARKO, L. Bladder pain from indwelling urinary catheterization: case study. **Br J Nurs**, v.16, n.9, p. 511-514, 2007.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ORTEGA, R.; NG, L.; SEKHAR, P.; SONG, M. Female Urethral Catheterization. **N Engl J Med**, v. 358, n.14, p.e15, 2008.

PASTI, M.J.; GIR, E.; DELA COLETA, J.A. Perfil motivacional do enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista. **Rev latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 33-41, Dez. 1999.

PEREIRA, F.E.L. Etiopatogênese Geral das Lesões. In: BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 21-42.

POKORSKI, S.; MORAES, M.A.; CHIARELLI, R.; COSTANZI, A.P.; RABELO, E.R. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, Mai/Jun. 2009.

POMFRET, I.; NAZARKO, L. Costs and benefits of using urinary catheters. **Nursing & Residential Care**, v.8, n. 4, p.158-162, 2006.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RIBEIRO, M.A.S. **Validação de conteúdo dos diagnósticos de enfermagem: Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada**. 2012. Tese (Doutorado em enfermagem) – Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, São Paulo. 2012.

ROBINSON, J. Selecting a urinary catheter and drainage system. **Br J Nurs**, v. 15, n. 19, p. 1045-1050, 2006.

RODGERS, B. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. **J Adv Nurs**, v.14, p. 330-335, 1989.

RODGERS, B.L. Concept analysis: an evolutionary view. In: RODGERS, B.L. & KNAFL, K.A. **Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications**. 2nd edn. Philadelphia: W.B.Saunders, 2000. pp. 77–102.

ROGERS, M.A.M.; MODY, L.; KAUFMAN, S.R.; FRIES, B.E.; McMAHON Jr, L.F.; SAINT, S. Use of urinary collection devices in skilled nursing facilities in five states. **J Am Geriatr Soc**, v.56, p. 854–861, 2008.

SANTOS, E.C. **Risco de lesão do trato urinário inferior pelo uso de cateter vesical de demora: proposta de um diagnóstico de enfermagem**. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo. 2010.

SARICA, S.; AKKOC, Y.; KARAPOLAT, H.; AKTUG, H. Comparison of the use of conventional, hydrophilic and gel-lubricated catheters with regard to urethral micro trauma, urinary system infection and patient satisfaction in patients with spinal cord injury: a randomized controlled study. **Eur J Phys Rehabil Med**, v. 46, n. 4, p. 473-480, 2010.

SCROGGINS, L.M. O processo de desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem aprovado pela NANDA-I. IN: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 65-75.

SÈZE, M.; RUFFION, A.; DENYS, P.; JOSEPH, P.A.; PERROUIN-VERBE, B. The neurogenic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. **Mult Scler.**, v.13, n.7, p.915-928, 2007.

SHLAMOVITZ, G.Z.; MCCULLOUGH, L. Blind Urethral Catheterization in Trauma Patients Suffering. **The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care**, v. 62, n. 2, p.330-335, 2007.

SILVA, C.R.L.; VIANA, D.L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde**. 4ª ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

STAMM, A.M.N.F.; COUTINHO, M.S.S.A. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. **Rev Ass Med Brasil**, v. 45, n.1, p.27-33, 1999.

STOLLER, M.L. Instrumentação retrógrada do trato urinário. In: TANAGHO, E.A.; MCANINCH, J.W. **Urologia Geral de Smith**. 16 ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

STORR, T.M.; QUIBEL, R. Can ketamine prescribed for pain cause damage to the urinary tract? **Palliative Medicine**, v.23, p. 670-672, 2009.

SURIANO, M.L.F.; MICHEL, J.M.; ZEITOUN, S.S.; HERDMAN, T.H.; BARROS, A.L.B.L. Consensual Validation of the Nursing Diagnoses Fear and Anxiety Identified at the Immediate Preoperative Period in Patients Undergoing Elective Surgery. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 22, n. 3, p. 133-141, Jul/Sep. 2011.

TANAGHO, E.A. Anatomia da Trato Geniturinário. In: TANAGHO, E.A.; MCANINCH, J.W. **Urologia Geral de Smith**. 16 ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

TOFTHAGEN, R.; FAGERSTROM, L.M. Rodgers' evolutionary concept analysis – a valid method for developing knowledge in nursing science. **Scand J Caring Sci**. v.24, p. 21-31, 2010.

TURNER, B. DICKENS, N. Long-term urethral catheterisation. **Primary Health Care**, v. 21, n. 4, p. 32-38, 2011.

VAIDYANATHAN, S.; SONI, B.M.; SINGH, G.; HUGHES, P.L. Fatality Due to Septicemia and Hemorrhage in a Patient With Spinal Cord Injury and Ischemic Heart Disease With the Need for Long-Term Catheter Drainage. **Advances in Therapy**, v. 23, n. 2, p.354-358, 2006.

WEISEKE, A.; TWIBELL, R.; BENNETT, S.; MARINE, M.; SCHOGGER, J. A content validation study of five nursing diagnosis by critical care nurses. **Heart & Lung**. v. 23, n. 4, p. 345-351, 1994.

WESTMORELAND, D.; WESORICK, B.; HANSON, D.; WYNGARDEN, K. Consensual Validation of Clinical Practice Model Practice Guidelines. **J Nurs Care Qual.** v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

Apêndices

8. Apêndices

8.1. Instrumento para caracterização dos peritos

Caracterização dos Peritos	
Com a finalidade de caracterizar a experiência dos peritos participantes desta pesquisa, pedimos por gentileza que você responda os itens abaixo:	
Sexo: () masculino () feminino	
Ano de conclusão do curso de graduação:	
Pós-graduação:	
() Doutorado	Obtido no ano de _____
Tema: _____	
() Mestrado	Obtido no ano de _____
Tema: _____	
() Especialização	Obtida no ano de _____
Área: _____	
Experiência profissional- área e tempo de atuação:	
() Ensino de Enfermagem - graduação: _____ anos	
Disciplinas: _____	
() Ensino de Enfermagem - nível médio: _____ anos	
Disciplinas: _____	
() Assistência de Enfermagem: _____ anos	
Setor: _____	
Possui pesquisas realizadas e publicadas em periódicos sobre Diagnósticos de Enfermagem? () Não () Sim	
Se SIM, assinale o tipo do estudo	
() Dissertação de Mestrado	() Tese de Doutorado
() Artigos em periódicos ou revistas	() Apresentação em evento científico
() Anais de Congresso	() Outros: _____
Possui pesquisas realizadas e publicadas em periódicos sobre cuidados de Enfermagem a pacientes em uso de cateteres vesicais? () Não () Sim	
Se SIM, assinale o tipo do estudo	
() Dissertação de Mestrado	() Tese de Doutorado
() Artigos em periódicos ou revistas	() Apresentação em evento científico
() Anais de Congresso	() Outros: _____
Observações que gostaria de fazer:	

8.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Peritos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Enfermeiro (a)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Análise de conceito e validação de conteúdo de Risco de lesão do trato urinário: proposta de diagnóstico de enfermagem”.

Você foi selecionado(a) pois possui dois ou mais dos requisitos exigidos pelo método de validação de conteúdo diagnóstico adotado neste estudo: grau de mestre, pesquisa com publicação na área de diagnósticos, prática clínica, doutorado na de diagnósticos de enfermagem/urologia ou ainda experiência com pacientes em uso de sonda vesical. Sua participação não é obrigatória.

O objetivo deste trabalho é validar o diagnóstico de enfermagem (DE) proposto (Risco de lesão do trato urinário) através da análise de conceito (AC) e da validação de conteúdo dos elementos levantados a partir da AC.

Sua participação será durante a segunda etapa desta pesquisa referente à validação de conteúdo diagnóstico e consistirá em responder ao instrumento de coleta de dados composto por:

- Instrumento relativo à caracterização dos peritos (com dados biográficos e profissionais).
- Instrumento de validação do diagnóstico de enfermagem proposto Risco de Lesão do Trato Urinário.

Nos instrumentos de coleta de dados para esta pesquisa será fornecida a orientação para preenchimento do mesmo. Solicito que assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permaneça com uma via e me reenvie a outra. Para tanto, lhe enviarei via correios um envelope devidamente selado para que você não tenha custo algum.

O presente estudo oferece risco mínimo, uma vez que não se trata de medidas de diagnóstico ou intervenção entre os sujeitos, mas sim, um estudo de validação de conteúdo de diagnóstico de enfermagem.

Os benefícios esperados com este estudo envolvem a possibilidade de aplicar diagnósticos de enfermagem válidos e, através disso, planos de cuidados que refletem a real necessidade dos pacientes e seus familiares.

As informações colhidas serão confidenciais, os eventuais dados coletados poderão ser publicados, mas sua identidade será preservada.

Esclarecemos também que você tem a opção de deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores principais podendo agora, ou em qualquer momento, solicitar esclarecimentos sobre o projeto ou sua participação a qualquer um dos pesquisadores.

Anamaria Alves Napoleão

Professora Doutora – Departamento de Enfermagem da UFSCar
Rod Washington Luís, Km 235 – Campus UFSCar – Departamento
de Enfermagem – São Carlos- SP

Telefones: 16- 3351-9444 (sala); 16- 3351-8334 (recados -
secretaria)

E-mail: anamaria@ufscar.br

Danielle Cristina Garbuio

Mestranda da PPGEnf – UFSCar

Rod Washington Luís, Km 235 – Campus UFSCar – Departamento
de Enfermagem

Telefones: 16- 3351-8334 (recados - secretaria)

E-mail: dgarbuio@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Também autorizo a publicação dos dados coletados para fins científicos.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luis Km. 235 - Caixa Postal 676 – CEP: 13.565-905 – São Carlos – SP - Brasil. Fone: (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data

Assinatura do sujeito da pesquisa

8.3. Carta convite aos peritos

Prezada(o) Enfermeira(o),

Devido à necessidade da constante revisão e aprimoramento dos diagnósticos de enfermagem, solicitamos sua participação. Pedimos que observe os dados abaixo sobre a proposta de um novo diagnóstico de enfermagem e julgue a pertinência de cada informação.

No instrumento que segue em anexo estão apresentados os elementos que compõem o diagnóstico de enfermagem proposto e ao final estão listadas as definições operacionais e justificativas de cada fator de risco.

Com base em sua experiência profissional, conhecimentos e opinião, você deverá assinalar a adequação de toda composição do diagnóstico de enfermagem proposto. Apenas uma alternativa deve ser assinalada. Há um espaço diante de cada item destinado a comentários ou sugestões que julgue necessário.

Trata-se da proposta de um diagnóstico de risco, a ser incluído no Domínio 11: Segurança e Proteção, Classe 2: Lesão Física da taxonomia NANDA-I. O enunciado diagnóstico proposto é *Risco de lesão do trato urinário* e sua definição é *risco de alteração na integridade das estruturas do trato urinário inferior, como consequência do uso de cateteres urinários*.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Danielle Cristina Garbuio
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

8.4. Instrumento para validação de conteúdo diagnóstico

Validação de conteúdo diagnóstico: Risco de lesão do trato urinário

1. Inserção do diagnóstico na taxonomia

O diagnóstico de enfermagem que está sendo proposto, Risco de lesão do trato urinário se refere a um diagnóstico de risco e deverá ser inserido no Domínio 11 – Segurança e Proteção e Classe 2 – Lesão física da taxonomia II da NANDA-I. Por favor, analise a adequação da proposta de inserção desse diagnóstico na taxonomia. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Domínio 11 – Segurança e Proteção		
O diagnóstico proposto, Risco de lesão do trato urinário deverá ser inserido no Domínio 11 – Segurança e Proteção: Estar livre de perigo, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança e da ausência de perigos. (NANDA-I, 2009-2011).		
Concordo ()	Discordo ()	Não sei ()
Caso discorde, sugira um Domínio pertencente à NANDA-I (2009-2011) no qual este diagnóstico poderá ser incluído:		
Classe 2- Lesão Física		
O diagnóstico proposto, Risco de lesão do trato urinário deverá ser inserido na Classe 2 – Lesão física: Dano ou ferimento ao organismo. (NANDA-I, 2009-2011).		
Concordo ()	Discordo ()	Não sei ()
Caso discorde, sugira uma Classe pertencente à NANDA-I (2009-2011) na qual este diagnóstico poderá ser incluído:		

2. Enunciado diagnóstico de acordo com a NANDA (2009-2011)

Por favor, analise a adequação desta proposta de diagnóstico com relação a seu enunciado. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Risco de lesão do trato urinário
Você considera esse enunciado:

Continua...

Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			

3. Definição do diagnóstico

“A definição deve oferecer uma descrição clara e exata do enunciado, sem usar as mesmas palavras contidas nele” (NANDA-I, 2010, p.71). Por favor, analise a adequação desta proposta de diagnóstico com relação a sua definição. Marque com um X na célula abaixo correspondente a sua opinião.

Definição proposta: Risco de alteração na integridade das estruturas do trato urinário inferior, como consequência do uso de cateteres urinários.			
Você considera a redação da definição deste diagnóstico:			
Nada adequada 1 ()	Muito pouco adequada 2 ()	De algum modo adequada 3 ()	Muito adequada 4 ()
Observações:			

4. Fatores de Risco

Fatores de risco são considerados elementos ambientais, fisiológicos, psicológicos, genéticos ou ainda químicos que predisõem o indivíduo a uma condição insalubre (NANDA- I, 2010).

A seguir, com base em seu conhecimento e em sua experiência profissional, assinale a alternativa que melhor avalia cada fator de risco do diagnóstico de enfermagem que está sendo proposto, Risco de lesão do trato urinário. Para cada fator de risco apenas uma opção deve ser escolhida.

A lista com os fatores de risco proposto com as respectivas definições e justificativas estão apresentadas ao final deste arquivo, caso sinta a necessidade de consultá-las.

Fatores de risco INTERNOS			
Fator de risco: Idade avançada			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado	Muito pouco adequado	De algum modo adequado	Muito adequado

Continua...

1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
Observações:			
Fator de risco: Alergia ao látex			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Constipação			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Ingestão inadequada de líquidos			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Obesidade			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()

Continua...

Observações:			
Fator de risco: Variações anatômicas de órgãos pélvicos			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Prejuízo cognitivo			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Dissinergia detrusor-esfincteriana			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Trauma raquimedular			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			

Continua...

Fator de risco: Confusão mental			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Sedação			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Conhecimento deficiente do cliente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			

Fatores de risco EXTERNOS			
Fator de risco: Longo tempo de uso de cateteres vesicais			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			

Continua...

Fator de risco: Necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Impossibilidade de fixação do cateter vesical			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			
Fator de risco: Repetidas e frequentes cateterizações			
Você considera este fator de risco:			
Nada adequado 1 ()	Muito pouco adequado 2 ()	De algum modo adequado 3 ()	Muito adequado 4 ()
Observações:			

5. Aplicabilidade do diagnóstico proposto

Avalie a definição e os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem já existente na NANDA- I, Risco de lesão. Em seguida responda a questão que se segue.

Risco de lesão (00035) (1978)

Domínio 11: Segurança/proteção
Classe 2: Lesão física

Definição Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.

Fatores de risco

Externos

- Biológicos (p. ex., nível de imunização da comunidade, microrganismos)
- Físicos (p. ex., projeto, estrutura e organização da comunidade, do edifício e/ou equipamento)
- Humanos (p. ex., agentes nosocomiais, padrões de contratação de funcionários, fatores cognitivos, afetivos e psicomotores)
- Meio de transporte
- Nutricionais (p. ex., vitaminas, tipos de alimentos)
- Químicos (p. ex., poluentes, venenos, drogas, agentes farmacêuticos, álcool, caféina, nicotina, preservativos, cosméticos, corantes)

Internos

- Disfunção bioquímica
- Disfunção dos efetores
- Disfunção imune/autoimune
- Disfunção integrativa
- Disfunção sensorial
- Físicos (p. ex., pele lesionada, mobilidade alterada)
- Hipoxia tecidual
- Idade do desenvolvimento (fisiológico, psicossocial)
- Má nutrição
- Perfil sanguíneo anormal (p. ex., leucocitose/leucopenia, fatores de coagulação alterados, trombocitopenia, anemia falciforme, talassemia, diminuição da hemoglobina)
- Psicológicos (orientação afetiva)

Domínio 11

336 Domínio 11: Segurança/proteção

Você considera que o diagnóstico de enfermagem Risco de lesão, conforme apresentado pela NANDA-I 2009-2011 contempla totalmente a situação dos pacientes em uso de sonda vesical?

- () Sim
() Não

Para finalizar, você considera que Risco de lesão do trato urinário é um diagnóstico de enfermagem que deve ser inserido na taxonomia da NANDA-I*?

- () Sim
() Não

*Diagnóstico de enfermagem é “um julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais [...] promove a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (NANDA-I, 2012, p. 515).

6. Comentários:

Sua participação foi de grande importância para o desenvolvimento deste estudo, **Obrigada!**

7. Definições e Justificativas

Fator de risco	Definição	Justificativa
Idade avançada	Idade maior que 65 anos (ADDISON, et.al., 2012).	O avançar da idade está fortemente associado ao desenvolvimento de infecções urinárias relacionadas ao uso de cateteres vesicais (STAMM, et. al., 2006; LENZ, 2006). Com o envelhecimento os músculos vesicais ficam enfraquecidos e a capacidade de armazenamento da bexiga diminui (ELIOPOULOS, 2011). A idade maior que 65 anos é um fator de risco para o desenvolvimento de complicações relacionadas a cateteres vesicais (ADDISON, et.al., 2012).
Alergia ao látex	Definida como reação de hipersensibilidade atribuída a produtos fabricados com borracha de látex (NANDA, 2010).	Cateteres uretrais podem induzir uma resposta alérgica ao látex, causando uma reação anafilática (IGAWA, et.al., 2008). Além disso, podem causar uretrites e estenoses uretrais (GENG, et al., 2012).
Constipação	É uma diminuição na frequência das evacuações com eliminação difícil de fezes duras e secas (NANDA, 2010).	A constipação pode causar dificuldades de eliminação da diurese e até mesmo obstruir o fluxo urinário. Além disso, se uma pessoa está utilizando um cateter e apresenta constipação, a distensão do reto pode causar pressão na uretra, dor (NAZARKO, 2007) e espasmos vesicais (GENG, et al., 2012). Esta condição pode causar dificuldades de inserção de cateteres vesicais e com isso, predispor a ocorrência de trauma uretral, principalmente se a introdução do cateter for forçada.
Ingestão inadequada de líquidos	Ingestão de líquidos menor que 25-35 ml/kg/dia e insuficiente para manter uma diurese de 50-100 ml/h. Considerar os casos de	Promover uma ingestão de líquidos mínima de 2 litros por dia reduz os riscos de infecções do trato urinário, incrustações, constipação (TURNER; DICKENS, 2011;

Continua...

	insuficiência renal e circulatória onde a ingestão de líquidos deve ser controlada rigorosamente (GENG, et al., 2012).	GENG, et al., 2012) e obstruções (GENG, et al., 2012).
Obesidade	Definida como um acúmulo de gordura excessivo ou anormal. A obesidade é avaliada através do índice de massa corpórea (IMC), o peso da pessoa dividido por sua altura ao quadrado, onde um IMC maior que 30 indica obesidade. (WHO, 2012).	A obesidade pode dificultar a inserção do cateter vesical, o que pode causar uma Lesão no trato urinário se a introdução do cateter for forçada (ORTEGA, et.al., 2008).
Variações anatômicas de órgãos pélvicos	Variações em decorrência de procedimentos cirúrgicos prévios, (ORTEGA, et.al., 2008) ou anormalidades urológicas (LENZ, 2006) como aumento da próstata, flacidez da parede vesical (TURNER; DICKENS, 2011), estenoses (IGAWA, et.al., 2008; TURNER; DICKENS, 2011).	As variações anatômicas de órgãos pélvicos constituem um fator de risco importante, pois podem causar dificuldades para sondagem vesical (ORTEGA, et.al., 2008), o que por sua vez, pode causar uma Lesão no trato urinário se a introdução do cateter for forçada.
Prejuízo cognitivo	A cognição é um conjunto de capacidades que torna possível os relacionamentos através da concentração, aprendizado, raciocínio lógico, escolhas, entre outras (MONTEIRO; LOUZÃ, 2007). O prejuízo cognitivo é, portanto, uma alteração nas funções de orientação no tempo e espaço, da memória e da linguagem (PORTO, 2000). Existem diversos instrumentos que avaliam cognição como o Mini-Exame do Estado Mental, o Teste do Desenho do Relógio e o de Fluência Verbal.	Os cateteres vesicais causam uma sensação de desconforto, e pessoas com prejuízo cognitivo podem causar lesões ao tracionarem-no (NAZARKO, 2007; POMFRET; NAZARKO, 2006).
Dissinergia detrusor-esfincteriana	Alteração que ocorre durante a micção, onde há um comprometimento na coordenação da contração do músculo detrusor da bexiga com o relaxamento do esfíncter uretral. Nesta alteração ocorre a contração simultânea do músculo detrusor e do esfíncter uretral, o que causa uma obstrução na saída da bexiga impedindo	A lesão morfológica do trato urinário inferior é positivamente correlacionada com a máxima pressão exercida pelo músculo detrusor e negativamente correlacionada com a hipocontratibilidade deste músculo (SÉZE, et al., 2007).

Continua...

	a eliminação de urina (FONTE, 2008).	
Trauma raquimedular	É uma lesão traumática que provoca danos à medula espinhal. Estes danos determinam a extensão dos agravos nas funções musculares, respiratória, urológica, sexual e intestinal (FONTE, 2008).	A lesão da medula espinhal causa uma disfunção neurogênica da bexiga, e esta condição pode levar a múltiplas complicações como incontinência urinária, infecção do trato urinário, cálculos urinários, disreflexia autonômica, câncer de bexiga e retenção urinária (FONTE, 2008). Por este motivo, pessoas com lesão de medula espinhal apresentam necessidades específicas de eliminação urinária, como cateterismos intermitentes frequentes ou a utilização de um cateter vesical de demora, o que aumenta tanto as chances de lesão traumática, quanto de infecção.
Confusão mental	Caracterizada pela perda de atenção, falta de clareza nos pensamentos, respostas lentas e percepção anormal do tempo e espaço (PORTO, 2001).	Os cateteres vesicais causam uma sensação de desconforto, e pessoas com confusão mental podem causar lesões ao tracionarem-no, tentativa de retirá-los (NAZARKO, 2007; POMFRET; NAZARKO, 2006).
Sedação	Ato de sedar (COSTEIRA, 2011). Tem como objetivo reduzir o desconforto e a ansiedade, relacionados principalmente ao ambiente de terapia intensiva através de fármacos sedativos. Ela controla a agitação, aumenta a tolerância ao suporte ventilatório, diminui o metabolismo celular e facilita os cuidados (OLIVEIRA; LOUVATTO, 2010).	Pacientes sob o efeito de sedativos ou aqueles com a sensibilidade perineal ausente ou alterada também constituem um grupo de risco para Lesões do trato urinário (GRAY, 2008).
Conhecimento deficiente do paciente ou cuidador acerca dos cuidados com o cateter vesical	Pode ser definida como a ausência ou ainda a deficiência de informações que estão relacionadas a um tópico (NANDA, 2010), neste caso aos cuidados com cateter vesical.	O manuseio inadequado do cateter muitas vezes é a causa, de complicações (LENZ, 2006) como trauma e infecções. O conhecimento deficiente do paciente acerca dos cuidados com os cateteres é um fator que contribui para o desenvolvimento de complicações urinárias (IGAWA, et. al., 2008).
Longo tempo de uso de cateteres vesicais	Cateteres de longa permanência são aqueles que ficam alocados na uretra por um período maior que 14 dias, geralmente por causa de	A duração do cateterismo é apontada por Lenz (2006) como o fator de risco mais importante para a ocorrência de bacteriúria relacionada ao uso de cateteres

Continua...

	retenção urinária secundária a condições de doenças (GENG, et al., 2012).	vesicais.
Necessidade de utilizar balão de retenção insuflado com 30ml ou mais	Insuflar o balão com 30 ml ou mais é uma prática que ocorre após procedimentos urológicos, onde há a necessidade de realizar hemostasia, pois a hematúria é um risco significativo e não deve ser adotada rotineiramente nos cateterismos (GENG, et al., 2012; TURNER; DICKENS, 2011; HEAD, 2006).	Balões excessivamente cheios podem causar irritação no colo vesical e na uretra, além de danos às fibras elásticas, o que aumenta o risco de espasmos vesicais (TURNER; DICKENS, 2011). Insuflar o balão com 30 ml é indicado somente para realizar a hemostasia após procedimento urológico e não deve ser uma prática adotada rotineiramente nos cateterismos (GENG, et al., 2012).
Necessidade de utilização de cateter vesical de grande calibre	Devem ser escolhido cateteres no menor calibre para atender as necessidades de cada paciente sendo os tamanhos 12, 14 e 16 Fr indicados para homens e 12 e 14 Fr para mulheres (ADDISON, et.al., 2012). Cateteres de grande calibre são aqueles entre 18 e 24 Fr e utilizados em pacientes com alto risco de obstrução do dispositivo, como aqueles com hematúria franca (ORTEGA, et. al., 2008).	Cateteres de grande calibre podem causar erosão uretral e no esfíncter vesical, além de abscessos e fístulas (IGAWA, et.al., 2008).
Impossibilidade de fixação do cateter vesical	Impossibilidade de fixar o cateter, na mulher na face interna da coxa e no homem na região inferior do abdominal (GENG, et al., 2012). Por exemplo, devido a queimaduras nestes locais.	O cateter e seu sistema de drenagem devem estar adequadamente fixados para evitar pressões excessivas no colo vesical e conseqüentemente traumatismos na uretra (TURNER; DICKENS, 2011).
Repetidas e frequentes cateterizações	O cateterismo intermitente deve ser realizado de 4 a 6 vezes por dia. (IGAWA, et. al., 2008). Sendo assim, podemos considerar como repetidas e frequentes cateterizações, especialmente quando são realizadas mais de 6 cateterismos intermitentes no mesmo dia.	Em um estudo de caso onde um homem hospitalizado de 68 anos fez uso de um cateter vesical por três meses com trocas periódicas os autores relataram uma ruptura uretral causada pelo cateter (KONDO, et.al., 2007).

8. Referências

ADDISON, R.; FOXLEY, S.; MOULD, C.; NAISH, W.; OLIVER, H.; SULLIVAN, J.; THOMAS, S.; REID, J.; LOGAN OBE, K.; JONES, S.; PHILLIMORE, A.; VAUGHAN, A. *Cateter care: RCN Guidance for Nurses*. **Royal College Of Nursing**: London, 2012.

- COSTEIRA, O. Termos e expressões da prática médica. Rio de Janeiro: Fardoquímica, 2001.
- ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- FONTE, N. Urological Care of the Spinal Cord–Injured Patient. **J Wound Ostomy Continence Nurs.** v. 35, n. 3, p. 323-331, 2008.
- GENG, V.; COBUSSEN-BOEKHORST, H.; FARRELL, J.; GEA-SÁNCHEZ, M.; PEARCE, I.; SCHWENNESEN, T.; VAHR, S.; VANDEWINKEL, C. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation- Indwelling catheters in adults: Urethral and Suprapubic. **European Association of Urology Nurses**, 2012.
- GRAY, M.L. Securing the Indwelling Catheter. **AJN**, v.108, n.12, p. 44-50, 2008.
- HEAD, C. Insertion of a urinary catheter. **Nurs Older People**, v. 18, n. 10, p. 33-36, 2006.
- IGAWA, Y.; WYNDAELE, J.J.; NISHIZAWA, O. Catheterization: Possible complications and their prevention and Treatment. **International Journal of Urology**, v.15, n.1, p. 481-485, 2008.
- KONDO, H.; YAMADA, T.; Kanematsu, M.; KAKO, N.; GOSHIMA, S.; YAMAMOTO, N. Embolization for massive urethral hemorrhage. **Abdom Imaging**, v. 32, p. 262–263, 2007.
- LENZ, L.L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, p. 82-91, 2006.
- NAZARKO, L. Bladder pain from indwelling urinary catheterization: case study. **Br J Nurs**, v.16, n.9, p. 511-514, 2007.
- MONTEIRO, L.C.; LOUZÃ, M.R. Alterações cognitivas na esquizofrenia: consequências funcionais e abordagens terapêuticas. **Rev. Psiq. Clín.** v.34, n.2, p.179-183, 2007.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011**. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.
- OLIVEIRA, G.R.; LOUVATTO, C.B. Assistência de enfermagem ao paciente crítico sob sedação e analgesia. In: KRÖGER, M.M.A.; BIANCHINI, S.M.; OLIVEIRA, A.M.L.; SANTOS, L.S.C. **Enfermagem em terapia intensiva**. Do ambiente da unidade à assistência ao paciente. São Paulo: Martinari, 2010. p. 369-383.
- ORTEGA, R.; NG, L.; SEKHAR, P.; SONG, M. Female Urethral Catheterization. **N Engl J Med**, v. 358, n.14, p.e15, 2008.
- POMFRET, I.; NAZARKO, L. Costs and benefits of using urinary catheters. **Nursing & Residential Care**, v.8, n. 4, p.158-162, 2006.
- PORTO, C.C. Exame Clínico. Bases para a prática Médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- SÈZE, M.; RUFFION, A.; DENYS, P.; JOSEPH, P.A.; PERROUIN-VERBE, B. The neurogenic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines. **Mult Scler.**, v.13, n.7, p.915-928, 2007.
- STAMM, A.M.N.F.; FORTE, D.Y.; SAKAMOTO, K.S.; CAMPOS, M.L.; CIPRIANO, Z.M. Cateterização Vesical e Infecção do Trato Urinário: Estudo de 1.092 Casos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 2, p.72-77, 2006.
- TURNER, B. DICKENS, N. Long-term urethral catheterisation. **Primary Health Care**, v. 21, n. 4, p. 32-38, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).

- 8.5. Distribuição dos estudos utilizados na Análise de conceito de Lesão do trato urinário segundo ano de publicação, autores, título, periódico publicado e objetivo.

Título do artigo	Revista	Autores	Ano	Objetivos do estudo
Cateterização vesical e infecção do trato urinário: estudo de 1092 casos	Arq. Cat. De Medicina	Stamm, et.al.	2006	Analisar a frequência de cateterização e prevalência de infecção relacionada ao cateter vesical
Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas	Arq. Cat. De Medicina	Lenz	2006	Atualização sobre cateterismo vesical
Straddle injuries to the bulbar urethra: management and outcome in 53 patients	International Braz J Urol	Elgammal	2009	Descrever experiência com lesões traumáticas da uretra bulbar e suas sequelas para identificar fatores que afetam os resultados do paciente
Can Ketamine prescribed for pain cause damage to the urinary tract?	Palliative Medicine	Storr; Quibell	2009	Apresentação de casos onde uso prolongado de ketamina causou danos ao trato urinário
Intermittent catheterization: using a reflective framework	Nursing Standard	Mangnall	2006	Explorar a prática clínica do cateterismo intermitente utilizando o suporte reflexivo
Long-term urethral catheterization	Primary Health Care.	Turner ; Dickens	2011	Atualização e ensino sobre os cuidados para com pacientes em uso de cateteres vesicais de demora

Continua...

Minimizing the complications associated with migrating catheters	British Journal of Community Nursing	Billington; Crane; Jownally; Kirkwood; Roodhouse	2011	Descrever sobre um novo dispositivo de fixação de cateteres vesicais
Blind Urethral Catheterization in Trauma Patients Suffering From Lower Urinary Tract Injuries	The Journal of Trauma	Shlamovitz; McCullough	2007	Determinar as características clínicas dos pacientes com lesão uretral ou vesical, se foi realizado cateterismo vesical cego e se este cateterismo piorou a lesão existente
Comparison of the use of conventional, hydrophilic and gel-lubricated catheters with regard to urethral micro trauma, urinary sistem infection and patients satisfaction in patients with spinal cord injury: a randomized controlled study	European journal of physical and rehabilitation medicine	Sarica; Akkoc; Karapolat; Aktug	2010	Comparar o uso de três tipos de cateteres quanto a presença de micro traumas uretrais, itu e satisfação do paciente
Embolization for massive urethral hemorrhage	Abdom Imaging	Kondo; Yamada; Kanematsu; Kako; Goshima; Yamamoto	2007	Descrição de um caso de priapismo causado por lesão uretral por inserção de sonda
Female Urethral Catheterization	The New England Journal of Medicine	Ortega; Ng; Sekhar; Song	2008	Atualização sobre cateterismo vesical feminino
Bladder pain from indwelling urinary catheterization: case study	British Journal of Nursing	Nazarko	2007	Estudo de caso sobre dor associada ao cateterismo vesical

Continua...

Insertion of a urinary catheter	Nursing Older People	Head	2006	Atualização que explora a incidência do uso de cateteres e complicações associadas e explica os procedimentos corretos para a inserção do cateter
Fatality Due to Septicemia and Hemorrhage in a Patient With Spinal Cord Injury and Ischemic Heart Disease With the Need for Long-Term Catheter Drainage	Advances in Therapy	Vaidyanathan; Soni; Singh; Hughes	2006	Relato de caso sepse após uso prolongado de cateter vesical e introdução de cistostomia
Securing the indwelling catheter	AJN	Gray	2008	Atualização sobre fixação de cateteres
Reducing the risks associated with urinary catheters	Nursing Standard.	Madeo; Roodhouse	2009	Atualização sobre práticas para minimizar as complicações do cateter vesical
Costs and benefits of using urinary catheters	Nursing & Residential Care	Pomfret; Nazarko	2006	Descrever as vantagens e desvantagens do uso de cateteres vesicais
Catheterization: Possible complications and their prevention and treatment	International Journal of Urology	Igawa; Wyndaele; Nishizawa	2008	Descrever a prevalência das complicações para cada método de cateterização e a prevenção e tratamento destas
Incidence and prevention of iatrogenic urethral injuries	The journal of urology	Kashefi; Messer; Barden; Sexton; Parsons	2008	Estudo sobre a incidência e os mecanismos de lesão iatrogênica causadas por cateteres vesicais
Trauma urológico	Rev Med (São Paulo)	Cury; Mesquita; Pontes; Oliveira; Cordeiro; Coelho	2008	Descrição das lesões traumáticas do sistema urinário

Continua...

The neurogenic bladder in multiple sclerosis: review of the literature and proposal of management guidelines	Multiple Sclerosis	Séze; Ruffion; Denys; Joseph; Perrouin-Verbe	2007	Revisão de literatura que teve como objetivo identificar os fatores de risco para complicações do trato urinário em pacientes com esclerose múltipla
Capítulo: Lesões do trato geniturinário	Livro: Urologia Geral de Smith	McAninch	2007	Descrição das lesões do sistema urinário