

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO

MARJOYRE ANNE PEREIRA LINDOZO

**O SUPORTE SOCIAL E A CONTINUIDADE DO CATETERISMO
VESICAL INTERMITENTE**

BELO HORIZONTE - MG

2011

MARJOYRE ANNE PEREIRA LINDOZO

O suporte social e a continuidade do cateterismo vesical intermitente

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima

**BELO HORIZONTE - MG
2011**

L747s Lindozo, Marjoyre Anne Pereira.
O suporte social e a continuidade do cateterismo vesical intermitente [manuscrito]. / Marjoyre Anne Pereira Lindozo. - - Belo Horizonte: 2011. 82f.
Orientadora: Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cateterismo Urinário. 2. Medula Espinal. 3. Traumatismos da Medula Espinal. 4. Bexiga Urinária. 5. Apoio Social. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Lima, Elenice Dias Ribeiro de Paula. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WJ 141

DEDICATÓRIA

Ao meu querido Salomão e a Samuel pelo amor, carinho, dedicação, apoio e pela esperança por dias mais felizes.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de viver.

À professora Elenice pela orientação com carinho, dedicação, suporte social e emocional, fundamentais para a construção deste trabalho e que me ajudaram a traçar novos horizontes.

À minha mãe Maria, pelo amor e incentivo ao estudo.

Ao meu pai Jorge, meus sogros Benedito e Nadir (*todos in memoriam*), por terem contribuído com amor e zelo para que me tornasse uma pessoa melhor.

À minha irmã Giullyane, por me suprir nas ausências com o Samuel.

À minha cunhada Sara, pelo incentivo e bom humor, necessários para os momentos mais difíceis.

À Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação pela possibilidade de descobertas e pelo trabalho que realiza.

Aos meus colegas de trabalho e do Mestrado pelo incentivo e apoio.

E, sobretudo, aos pacientes com lesão medular que aceitaram participar desta jornada comigo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A lesão medular é um agravo que traz importantes impactos físico, psicológico e econômico, e que afeta não só o indivíduo, mas toda a família. Nas alterações físicas, pode haver perda do controle esfinteriano, acarretando na disfunção neuropática vesical, que além da incontinência urinária, pode provocar complicações urológicas e a não aceitação social. Houve uma melhora significativa no manejo da bexiga neuropática com a introdução da técnica do cateterismo vesical intermitente limpo. Ao assistir tais pacientes, percebe-se que eles demonstram preocupação em ter que continuar em seus domicílios, a realização da técnica aprendida durante o período de internação. Em relação ao suporte social, vários estudos mostram uma importante correlação entre saúde, bem-estar geral e suporte social. Sendo assim, procurou-se verificar se os problemas relacionados com a continuidade da reabilitação vesical estariam relacionados ao suporte social inadequado. **OBJETIVO:** Avaliar a continuidade da realização de cateterismo vesical intermitente limpo após a alta hospitalar e sua correlação com o suporte social. **METODOLOGIA:** estudo quantitativo e do tipo transversal, desenvolvido na unidade de Belo Horizonte – MG, da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Anteriormente à coleta de dados, a pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação e da UFMG. A amostra foi composta por 49 pacientes com lesão medular que retornaram para a revisão em equipe e que tinham recebido orientação para realizarem o cateterismo vesical intermitente no domicílio. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais e analisados no programa SPSS, versão 13.0. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A amostra do estudo foi predominantemente de homens (81,6%) jovens (M=33,9 anos de idade), e cuja causa principal da lesão foram os acidentes de trânsito, sejam automobilísticos (10,2%) ou motociclísticos (20,4%). A maioria dos pacientes (55,1%) eram solteiros e residentes no Estado de Minas Gerais (77,6%). Metade da amostra (49%) apresentou baixa ou nenhuma escolaridade, com renda familiar bastante baixa, de no máximo 4 salários para (83,7%) dos pacientes. As lesões medulares traumáticas constituíram (79,6%) da amostra, sendo que destas (46,9%) levaram a paraplegias e (32,7%) a tetraplegias. Os pacientes variaram entre 6 meses a quase 11 anos (131 meses) de lesão, e quase metade da amostra (44,9%) não realizava o procedimento antes de iniciar a presente reabilitação. A maioria (65,3%) apresentou independência física suficiente para a realização do cateterismo. A média de procedimentos/dia foi de 4,2. Apenas (26,5%) deles recebiam gratuitamente todo o material necessário para o procedimento. Aproximadamente metade (46,9%) dos pacientes fez algum tipo de modificação na técnica. As principais complicações foram litíase e dilatação/hidronefrose, sendo que as infecções urinárias nos últimos 3 meses estiveram presentes em 20,4%. **CONCLUSÕES:** As lesões medulares preveníveis foram

predominantes, e o abandono do procedimento foi maior na fase aguda da lesão do que após a reabilitação. O suporte social nesta amostra não teve correlação com a continuidade do procedimento, mas novos estudos são importantes para se avaliar se esta continuidade e o suporte social são correlacionáveis para pacientes crônicos e com maior tempo de reabilitação. Dessa forma, tem-se que o adequado manejo da bexiga com o cateterismo vesical intermitente limpo é importante não apenas para se prevenir complicações urinárias, mas também para garantir uma vida com melhor qualidade, promovendo a inclusão social, resgatando a independência e favorecendo a autoestima.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Spinal cord injury (SCI) causes important physical, psychological, and economical impacts that affect not only the individual but also the family. One of the physical alterations can be the loss of sphincter control, leading to a bladder neuropathic dysfunction that besides urinary incontinence can lead to urologic complications and a social non-acceptance. There has been significant improvement in the handling of neuropathic bladder with the introduction of clean intermittent catheterization technique. However, many patients show preoccupation on continuing to do this procedure at home, even though they had learnt how to do it during their hospitalization. Several studies show an important correlation between health, well-being and social support. Therefore, we aimed to verify if the problems related to the continuity of bladder rehabilitation were related to non-appropriate social support. **OBJECTIVE:** Evaluate the continuity of clean intermittent catheterization technique after hospital discharge and its correlation to social support. **METHODOLOGY:** quantitative transversal study, developed in Belo Horizonte- MG- in one of the hospitals from Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Before the data collection, the research was approved by the Institutional Review Board. The sample was composed by 49 patients with spinal cord injury that returned for follow-up reassessment, and had received orientation about intermittent catheterization at home. The data was collected by individual interviews, and analyzed using SPSS 13.0. **RESULTS AND DISCUSSION:** The sample was mainly composed by young men (81.6%, age mean score=33.9 years old), that had a spinal cord injury from traffic accidents (car =10,2%; motorbike=20,4%). The majority of the patients (55.1%) were single and living in Minas Gerais (77.6%). Half the sample (49%) had little or no schooling, with low family income of maximum 4 minimum wage (83.7% of patients). The traumatic spinal cord injuries constituted 79.6% of the sample, 46.9% of those lead to paraplegia and 32.7% to tetraplegia. The majority (65.3%) showed enough physical independence to perform the catheterization. The average of procedures per day was 4.2. Only 26.5% of them received free equipment for the procedure. Approximately half of the patients 46.9% did some kind of modification to the technique. The main complications were urolithiasis and dilatation/ hydronephrosis. Urinary infection, in the past 3 months, was present in 20.4% of cases. **CONCLUSION:** The majority of the spinal cord injuries were preventable. The higher abandonment rate of the procedure was during the acute phase. Social Support, in this sample, had no correlation with the continuity of the procedure, but new studies are important to evaluate if catheterization continuity is correlated to Social support in chronicle patients. A correct bladder handling with clean intermittent catheterization is important not only to prevent urinary complications, but also to guarantee a better quality of life, promoting social inclusion, recovering autonomy, and favoring self-esteem.

LISTA DE TABELAS

		p.
Tabela 1	Distribuição das informações sociodemográficas. Belo Horizonte, MG, 2011.....	45
Tabela 2	Distribuição dos pacientes conforme tempo de diagnóstico, tempo de reabilitação e realização do cateterismo vesical intermitente. Belo Horizonte, MG, 2011.....	48
Tabela 3	Distribuição dos pacientes conforme regularidade do cateterismo vesical, fornecimento dos materiais ou medicações e ajuda financeira para a continuidade do procedimento. Belo Horizonte, MG, 2011.....	50
Tabela 4	Distribuição dos pacientes segundo modificações na técnica, necessidade de auxílio, dificuldades e complicações urológicas. Belo Horizonte, MG, 2011.....	51
Tabela 5	Distribuição segundo média do IRSS. Belo Horizonte, MG, 2011.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

		p.
Gráfico 1	Distribuição da média de suporte social entre o grupo de pacientes que continuaram o cateterismo intermitente e o grupo dos que abandonaram. Belo Horizonte, MG, 2011.....	57
Gráfico 2	Média de suporte social em relação à procedência dos pacientes. Belo Horizonte, MG, 2011.....	59
Gráfico 3	Média de suporte social em relação à idade do paciente. Belo Horizonte, MG, 2011.....	59
Gráfico 4	Média de suporte social em relação ao estado civil do paciente. Belo Horizonte, MG, 2011.....	60
Gráfico 5	Média de suporte social em relação aos que abandonaram a técnica. Belo Horizonte, MG, 2011.....	61
Gráfico 6	Relação entre a média de suporte social e a idade dos pacientes. Belo Horizonte, MG, 2011.....	62
Gráfico 7	Relação entre a média de suporte social e o número de familiares. Belo Horizonte, MG, 2011.....	63
Gráfico 8	Relação entre a média de suporte social e as dificuldades quanto ao cateterismo vesical. Belo Horizonte, MG, 2011.	64
Gráfico 9	Relação entre a média de suporte social e as infecções urinárias nos últimos 3 meses. Belo Horizonte, MG, 2011.	64

LISTA DE SIGLAS

AIS – American Injury Scale

ASIA - American Spinal Injury Association

CIL – Cateterismo Intermitente Limpo

IRSS - Inventário da Rede de Suporte Social

MAR- Mergulho em Águas Rasas

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

PAF – Projétil de Arma de Fogo

PPL – Paraplegia

SCI – Spinal Cord Injury

SPSS – Statistical Package for Social Sciencest

SVD – Sonda Vesical de Demora

TPL – Tetraplegia

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

	p.
INTRODUÇÃO	15
OBJETIVOS	22
Objetivo Geral.....	22
Objetivos específicos.....	22
REVISÃO DE LITERATURA	23
A lesão medular	23
A reabilitação da pessoa com lesão medular.....	25
Disfunção neuropática vesical.....	26
Reabilitação vesical.....	29
Suporte social e reabilitação vesical.....	32
METODOLOGIA	36
Delineamento.....	36
Local.....	36
Amostra.....	38
Critérios de inclusão.....	38
Considerações Éticas.....	38
Coleta de dados.....	39
Tratamento e análise dos dados.....	41
RESULTADOS E DISCUSSÃO	43

CONCLUSÕES	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	
Apêndice 1.....	73
Apêndice 2.....	74
Apêndice 3.....	75
ANEXOS	
ANEXO A.....	77
ANEXO B.....	81
ANEXO C.....	82

Introdução

A lesão medular é um agravo que traz grandes mudanças de vida à pessoa, muitas vezes repentinas com importante impacto físico, psicológico, emocional e econômico, que afetam não só o indivíduo, mas toda a sua família. (LASPRILLA et al, 2010). Pode resultar em perda de movimentos voluntários, da sensibilidade tátil, dolorosa e profunda nos membros superiores e inferiores, além de alterações no funcionamento dos sistemas respiratório, circulatório, urinário, intestinal, sexual e reprodutivo (SOMERS, 2001). Afeta diretamente seu desempenho nas atividades de vida diária, como alimentar-se, vestir-se, despir-se, posicionar-se na cama ou na cadeira e higienizar-se (CAFER, 2006).

Estima-se que, no mundo, cerca de 20 a 40 indivíduos/milhão possuam lesão medular. A maior proporção é de jovens do sexo masculino e com poucos anos de escolaridade formal (PEREIRA, 2006). Conforme Lasprilla et al (2010) em 2006, teve-se uma média de 485 pessoas/milhão vivendo com lesão medular ao redor do mundo.

Conforme Cafer et al (2005) além de afetar grandemente a vida da pessoa, esse índice alarmante repercute na economia na medida em que a lesão medular ocasiona limitações permanentes em pessoas em idade produtiva e representa também um alto custo aos serviços de saúde com o tratamento, estimado em 50 mil dólares/paciente no primeiro ano e em 500 mil dólares durante o resto da vida.

De acordo com Cameron et al (2010) a incidência atual nos EUA é de 11.000 novos casos por ano e, embora não seja a principal causa de incapacidades naquele país, representa um alto custo com cuidados de saúde e um forte impacto social e

econômico, tanto para o paciente quanto para sua família e, por conseguinte, para a sociedade.

Segundo Cafer et al (2005) durante os últimos 20 anos, as principais causas de lesão medular nos Estados Unidos foram os acidentes automobilísticos (45%), as quedas (22%), os atos de violência (16%) e a participação em esportes (13%).

Dados da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, mostram que entre os pacientes internados no ano de 2009, as causas externas destacaram-se como os principais eventos geradores de neurotraumas, sendo que desses, a lesão medular correspondeu a 63,3% do total dos pacientes.

Histórico

Em um levantamento histórico sobre o estudo da lesão medular, Pereira (2006) constatou que desde os papiros egípcios, já se revelava o desafio terapêutico imposto pela patologia. Até 1940, a mortalidade era de quase 100% e, para os sobreviventes, a estimativa de vida era de dois a três anos, sem significativa reinserção social. Na medida em que os recursos terapêuticos foram aprimorados e se tornaram mais acessíveis, a população com lesão medular aumentou nos hospitais, composta, sobretudo por veteranos de guerra.

Nesse contexto, foi proposto um novo conceito de reabilitação, com vistas à promoção da qualidade de vida por meio de um sistema coordenado de cuidados. Esse sistema visava diminuir as complicações secundárias e prover o acompanhamento em instituições hospitalares. Entretanto, ainda não contemplava a reinserção social. Em

contraponto a essa realidade, alguns pacientes começaram a se reinserir na comunidade, desafiando o conceito de “inválido” que vigorava até os anos 50. A partir de então, houve um crescimento significativo de pesquisas que tinham como objetivo a prevenção de complicações clínicas, o desenvolvimento de programas de reabilitação e o treinamento de profissionais (PEREIRA, 2006).

Em uma revisão dos últimos quarenta anos, Stover (1995) constata a existência de três fases evolutivas nas propostas assistenciais: 1) fase de construção, décadas de 1940, 1950 e 1960, em que se observa a necessidade da adoção de um conceito de reabilitação apoiado no trabalho em equipe; 2) fase do idealismo, décadas de 1970 e 1980, caracterizada pela avaliação de conceitos e programas, cujos resultados tendiam a serem positivos; 3) fase do realismo prático, final da década de 1980 e anos 1990, fruto das conquistas da fase anterior e das limitações impostas pela economia médica e sanitária. Atualmente, trabalha-se na reabilitação a forma como o indivíduo se percebe na sociedade, suas possibilidades de independência funcional, reinserção social e capacidade econômica, visando a própria qualidade de vida e a de seus familiares. (KEMPPAINEN, 2009).

A esperança de vida das pessoas com lesão medular tem melhorado de forma importante nos últimos 30 anos, devido à melhora do manejo de saúde desses pacientes, porém alguns autores se preocupam com as mudanças significativas em relação à qualidade de vida. Segundo eles, essas mudanças podem não estar necessariamente relacionadas ao nível neurológico; mas à domínios interrelacionados, tais como a independência, o acesso a meios materiais, as relações sociais, as relações afetivas e a percepção da imagem corporal (LEEUVEN et al, 2011).

Lasprilla et al (2010) referem que em relação aos efeitos psicológicos, têm-se queda da qualidade de vida e isolamento social, o que pode causar impacto emocional e levar à depressão e ansiedade, abuso de álcool e substâncias ilícitas e, ainda a problemas de adaptação.

Complicações decorrentes da lesão medular

Além das alterações motoras e psicológicas, pode haver a disfunção neuropática vesical, que normalmente leva a alterações na sensibilidade vesical e na perda do controle esfinteriano. Esta disfunção crônica pode trazer vários problemas para o paciente, entre eles, a incontinência urinária, as complicações clínicas, tais como infecção urinária de repetição, litíase vesical, hidronefrose e insuficiência renal e, ainda a não aceitação social (MARTINS, SOLER, 2008). Até recentemente, a falha renal era a principal causa de morte após a lesão medular (SAMSON, CARDENAS, 2007).

Conforme Cameron et al (2010) em uma revisão sobre as causas de mortalidade entre os pacientes com lesão medular, as principais foram pneumonia e influenza, septicemia, câncer, doenças isquêmicas, doenças do trato urinário e suicídio. Porém, o moderno manejo do trato urinário tem repercutido em melhores condições de saúde para esses pacientes.

De acordo com Samson et al (2007) o manejo da bexiga dos pacientes com lesão medular, objetiva assegurar o armazenamento e esvaziamento com baixas pressões intravesicais, evitar lesões por repetida distensão, prevenir complicações do

trato urinário superior devido à alta pressão intravesical, bem como prevenir infecções e promover a continência social para reintegração na comunidade.

Cateterismo vesical intermitente limpo

A introdução da técnica do cateterismo vesical intermitente limpo por Lapidès et al (1972) revolucionou o cuidado do trato urinário para os pacientes com lesão medular. Muitos estudos confirmam que o uso prolongado de cateteres permanentes na bexiga resulta em mais complicações urológicas, tais como cálculos vesicais e renais, infecções urinárias, fístulas uretrais, estenoses e câncer de bexiga (CAMERON et al, 2010). Portanto, o cateterismo vesical intermitente limpo é considerado o procedimento de escolha para os pacientes com lesão medular, seja ele autocateterismo ou cateterismo assistido, a depender da limitação funcional. Proporciona um esvaziamento vesical completo, resultando em menor ocorrência de lesão renal e promovendo em alguns casos, a continência urinária do paciente.

Wilde, Brasch, Zhang (2011) afirmam que a prevalência do cateterismo vesical intermitente limpo ao redor do mundo ainda não é conhecida. Entretanto, recentes estudos revelaram uma prevalência de 56% nos Estados Unidos e de 55% no Canadá. Esse procedimento consiste na colocação de um cateter na bexiga através do meato uretral, em intervalos regulares (ICS, 2009; MARTINS, SOLER, 2008; MOROÓKA, FARO, 2002).

Moroóka e Faro (2002) constataram que existem muitas dúvidas entre as pessoas que necessitam realizar esse procedimento em seus domicílios, inclusive

sobre os materiais a serem utilizados, os benefícios, malefícios, prognósticos e complicações.

Em nossa prática clínica, ao assistir os pacientes com lesão medular percebemos a ansiedade que experimentam pela necessidade de continuar, em seus domicílios, a realização da técnica de cateterismo vesical intermitente orientada durante o período de internação. Observamos que muitos pacientes não realizam a técnica ao retornarem para seus domicílios após alta hospitalar, realizam-na irregularmente, em desacordo com as orientações fornecidas, ou acabam abandonando completamente a técnica, se expondo assim a maior risco de infecção e outras complicações do trato urinário. Suas principais alegações são (1) indisposição em continuar o procedimento devido à técnica específica e ao intervalo necessário, (2) novas complicações urinárias adquiridas, tais como infecção urinária de repetição, trauma uretral, (3) não associação com melhora neurológica, (4) dificuldades de acesso ao material.

Vários estudos mostram uma importante correlação entre saúde e bem-estar geral com suporte social. Em um estudo sobre manejo da atividade urológica e qualidade de vida em pacientes chineses com lesão medular, Kemppainen E. (2009) verificou significativa correlação entre suporte social inadequado e cuidado urológico precário. A necessidade de se prover e fortalecer redes de suporte social é evidenciada em vários estudos da área de saúde, contudo, não há estudos no Brasil que tenham investigado associação entre suporte social e melhor manejo da eliminação vesical entre pessoas com lesão medular. Tais estudos são importantes para que os

profissionais da saúde saibam como intervir efetivamente. Sendo assim, sentimos a necessidade de verificar se os problemas relacionados com a continuidade da reabilitação vesical, apresentados pela pessoa com lesão medular estariam relacionados ao suporte social inadequado. Propomos a seguinte pergunta a ser investigada neste estudo: Existe relação entre suporte social e continuidade do cateterismo vesical intermitente em pacientes com lesão medular após a alta hospitalar?

Objetivos

Objetivo Geral

Avaliar a continuidade da realização de cateterismo vesical intermitente limpo após a alta hospitalar.

Objetivos Específicos

1. Identificar as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes com lesão medular que iniciaram o cateterismo vesical intermitente durante o período de internação hospitalar;
2. Investigar quais situações ou complicações interferiram na continuidade da técnica do cateterismo vesical intermitente após o paciente receber alta hospitalar;
3. Analisar o suporte social recebido pelos pacientes;
4. Verificar a correlação entre suporte social e continuidade de cateterismo vesical intermitente no domicílio.

REVISÃO DE LITERATURA

A lesão medular

A anatomia da coluna vertebral possui segmentos ósseos, ligamentares e musculares que visam proteger a medula espinhal de traumatismos. O dano à medula espinhal varia de uma concussão transitória, da qual o paciente tem maior chance de recuperação, até uma transecção completa que pode ser agravada quando há fragmentos ósseos projetados para dentro do canal medular ou partes de outra estrutura comprimindo diretamente a medula (MOREIRA, 2001).

Delisa (1992) classifica a lesão medular, segundo sua etiologia, como traumática e não traumática. As traumáticas são em decorrência de causas externas, como acidentes automobilísticos ou motociclísticos, perfuração por armas de fogo ou brancas, mergulho em águas rasas, queda de altura, dentre outras. As não traumáticas são devido a doenças tais como tumorações, infecções, doenças degenerativas, hérnias, estenose de canal medular.

As vértebras mais susceptíveis a fraturas e luxações, por haver uma grande faixa de mobilidade na coluna e conseqüentemente ocasionar danos à medula espinhal são as 1ª, 2ª, 5ª, 6ª e 7ª cervicais; 12ª torácica e a 2ª lombar. As lesões medulares não traumáticas respondem por cerca de 30% das lesões medulares; e os principais mecanismos de lesão são a compressão provocada por tumores e o comprometimento circulatório causado por hemorragias, embolias e trombozes (MOREIRA, 2001).

A Associação Americana de Lesões Medulares (American Spinal Injury Association – ASIA) desenvolveu uma escala com os critérios de classificação da lesão medular (American Injury Scale - AIS) dividindo-a em completa e incompleta, de acordo com o acometimento da medula.

Conforme BRUNI (2004) a lesão pode ser:

- **Lesão completa (A)** – ausência de sensibilidade e motricidade nos segmentos sacrais S4-S5.
- **Lesão incompleta sensitiva (B)** – presença de sensibilidade e ausência de motricidade abaixo do nível neurológico, até os segmentos sacrais S4-S5.
- **Lesão incompleta motora não funcional (C)** – presença de função motora <3 na maioria dos músculos-chave abaixo do nível neurológico.
- **Lesão incompleta motora funcional (D)** – presença de função motora >3 nos músculos-chave abaixo do nível neurológico.
- **Normal (E)** – motricidade e sensibilidade normais.

Na lesão medular completa há ausência das funções sensitivas e motoras no segmento sacral (4ª e 5ª vértebras sacrais). Já na lesão incompleta há preservação parcial das funções sensitivas e motoras neste segmento. O nível de lesão é o segmento mais caudal da medula espinhal com função motora e/ou sensitiva preservada, em ambos os lados do corpo.

A reabilitação da pessoa com lesão medular

A reabilitação é um processo global e contínuo que busca reinserir o indivíduo com habilidades em seu meio social de maneira que possa recuperar sua saúde, autoestima e valorização. É desenvolvida por meio de ações diversificadas e complementares nos domínios médico funcional, educacional, profissional, psicossocial, do apoio sóciofamiliar, da cultura, do desporto e da recreação e de outros que visem favorecer a autonomia pessoal (SAMSON, 2007; SMITH, 1999).

Os principais objetivos da reabilitação são o aumento da independência e melhora na qualidade de vida. A maior parte das pessoas acometidas pela lesão medular precisaria passar por um processo de reabilitação que o ajudasse a atingir seu melhor potencial físico, psicológico e social, vocacional e educacional, compatível com seu déficit fisiológico, anatômico, limitações ambientais, desejos e planos de vida. A reabilitação deve envolver todo o sistema de saúde para que a pessoa, cuja capacidade foi diminuída, seja plenamente reintegrada na sociedade (VALL et al, 2005).

Para tanto, a Unidade de Belo Horizonte da Rede Sarah de Hospitais, tem como marco teórico de suas ações, a Teoria de Callista Roy (Teoria da Adaptação), considerando que a aplicação de teorias de enfermagem no processo do cuidar contribui para o desenvolvimento de uma prática humanista que valoriza a integralidade, a complexidade e a subjetividade do cliente e da família, além de atentar para a livre expressão de saberes, idéias, crenças, emoções e sentimentos da pessoa acometida (BRANDALIZE, ZAGONEL, 2006).

Para Cavalcante (2009) esse modelo permite que os enfermeiros percebam por pessoa, tanto um indivíduo quanto uma família, uma comunidade ou uma sociedade. Ao analisarem os comportamentos do paciente/família/cuidador, buscam compreender como reagem aos diversos estímulos aos quais estão expostos para que desenvolvam habilidades adaptativas favoráveis à saúde, facilitando as vivências e a realização dos procedimentos de saúde e enfermagem.

Dentre os vários serviços de reabilitação oferecidos pela Unidade Sarah de Belo Horizonte, o serviço de reabilitação a pessoas com lesão medular contempla, dentre outros cuidados, os relacionados à disfunção neuropática vesical. Esse cuidado é de grande importância na reabilitação dos pacientes já que é uma das áreas com maior índice de complicações nesta clientela.

Disfunção neuropática vesical

A bexiga é controlada por mecanismos fisiológicos voluntários e involuntários e, imediatamente após um trauma medular torna-se atônica, não mais contraindo com a atividade reflexa. Qualquer lesão nervosa que interfira neste mecanismo fisiológico origina uma bexiga neuropática. A retenção urinária é o resultado imediato da lesão medular. Como o paciente não sente a distensão vesical, o superestiramento da bexiga e do músculo detrusor pode ocorrer e retardar o retorno da função vesical. Quando a lesão do centro miccional (ao nível das raízes S2, S3 e S4 que correspondem às vértebras T11 e T12) isola a bexiga da medula, a pessoa pode referir vontade de

urinar, mas não há esvaziamento vesical. Caso faça algum esforço, é possível que ocorra a drenagem de urina da bexiga de maneira autônoma (DELISA, 2002).

Classificação

A disfunção da bexiga neuropática é classificada por Moreira (2001) de acordo com a localização da lesão medular:

- Bexiga espástica – decorre de lesões acima do arco-reflexo da micção (S2-S4) e se caracteriza pela hiperreflexia do músculo detrusor e do esfíncter uretral externo, podendo ocorrer dissinergismo entre o momento de contração de ambos. As principais características desse tipo de bexiga são: baixa capacidade, contrações involuntárias do músculo detrusor, pressão elevada na micção, paredes espessadas e espasmos dos esfíncteres urinários.
- Bexiga flácida – decorre de lesões no centro da micção, localizado no nível S2-S4. O detrusor e o esfíncter uretral externo normalmente apresentam-se flácidos. As principais características desse tipo de bexiga são: alta capacidade, paredes finas, ausência de contrações e relaxamento do músculo detrusor, bexiga com baixa pressão e esfíncter externo com tônus diminuído.

Segundo Azevedo (1999) a disfunção vesical pode ocorrer durante as fases de enchimento e/ou de esvaziamento da bexiga, onde poderá ficar retido um volume de urina considerado anormal após a micção, chamado de volume residual.

Em um estudo desenvolvido por Cameron et al (2010) observou-se que durante o período de 1972 a 2005 houve consideráveis mudanças na forma de esvaziamento da bexiga. Entre 1972 a 1975, (33,1%) dos pacientes usavam sondagem permanente (SVD), diminuindo para (16,5%) no período de 1991 a 1995. Porém ao longo do tempo, (41,8%) dos pacientes que iniciaram o cateterismo vesical intermitente limpo e 23,1% dos que usavam coletores para incontinência, passaram a usar a sondagem permanente (SVD); desses, 71,1% mantiveram essa forma de esvaziamento por um período de 30 anos, o que indica a popularidade desse método.

Complicações

A complicação mais comum da bexiga neuropática é a infecção urinária e a mais grave é a deterioração renal. Essas complicações são resultado de estase urinária residual, com aumento da pressão vesical para as vias urinárias superiores, favorecendo as infecções urinárias e o desenvolvimento de refluxo vesicoureteral com futura deterioração renal (FURLAN, 2003).

Complicações urológicas foram investigadas por Weld e Dmochowsky (2000) em um estudo retrospectivo com 316 pacientes com lesão medular. Dentre os que realizavam o cateterismo intermitente limpo (27,2%) desenvolveram complicações. O grupo com cateterismo intermitente apresentou taxas significativamente mais baixas de

complicações, comparado com o grupo de sondagem permanente (SVD). Além disso, quando comparado aos outros grupos de manejo urológico - esvaziamento espontâneo e sonda suprapúbica - as taxas de complicação não foram significativamente altas. A taxa de pacientes com complicações foi mais alta para a sondagem permanente (SVD) após 5 anos da lesão medular, enquanto que nos outros grupos a taxa permaneceu semelhante até 15 anos após a lesão.

Reabilitação vesical

O objetivo do tratamento para a bexiga neuropática é a preservação da função do trato urinário superior, diminuindo as pressões vesicais elevadas, evitando o refluxo vesico-ureteral e, por conseguinte, evitando o comprometimento renal, significante causa de morte em pacientes com lesão medular até o século passado (AZEVEDO, 1999).

Para isso, trabalha-se a reabilitação vesical, que consiste em medidas educacionais, intervencionistas e medicamentosas para promover melhora da incontinência urinária e prevenir complicações. Antes de definir qual a melhor abordagem, cada paciente deve passar por uma avaliação urológica, por meio de exame clínico, ultrassom renal e de vias urinárias e urodinâmica.

O programa de reabilitação vesical deve incluir, idealmente, a forma de esvaziamento da bexiga, o controle de ingestão hídrica e o uso de medicamentos para reduzir as contrações involuntárias do músculo detrusor e o adequado relaxamento do colo e esfíncter uretral.

Para a sondagem, pode-se optar pelo cateterismo vesical intermitente limpo. As principais contra-indicações desse método são: estenose da uretra, falta de interesse do paciente ou desmotivação, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e falta de apoio familiar (MOREIRA, 2001).

Cateterismo vesical intermitente limpo

Até os anos 60, acreditava-se que a infecção urinária era causada pela introdução de microrganismo na bexiga através de cateter, por isso se preconizava o uso da técnica asséptica, o que exigia grande dedicação dos profissionais de saúde e não permitia a sua utilização em atendimento ambulatorial. No entanto, em 1972, foi introduzido o cateterismo intermitente com técnica limpa por Lapidés et al, ressaltando que a manutenção da bexiga em estado fisiológico normal e das condições de defesa do hospedeiro era suficiente para prevenir a infecção urinária (MOROÓKA, FARO, 2002).

O esvaziamento completo da bexiga através do cateterismo vesical intermitente com técnica limpa pode ser realizado no domicílio pelo próprio paciente ou pelo cuidador, a depender da independência funcional ou cognitiva. É considerado como o melhor método de manejo vesical após lesão de medular (AZEVEDO, 1999; WILDASIN, 2005) e o mais seguro em termos de prevenção de complicações urológicas (WELD, DMOSHOWISKI, 2000).

Dessa forma, a técnica limpa de cateterismo é a mais apropriada para a continuidade no domicílio. Apresenta custo reduzido e não oferece diferenças

significativas nos índices de infecção urinária em relação à técnica asséptica. Além disso, é um procedimento considerado de fácil execução, que mais se aproxima da função vesical normal, reduzindo episódios de infecção urinária e preservando a função renal (MOREIRA, 2001).

É um procedimento geralmente considerado fácil e pouco doloroso para os pacientes com sensibilidade dolorosa preservada (KESSLER, RYU, BURKHARD, 2008). Segundo Azevedo (1999) é uma forma de tratamento prolongado e, em alguns casos, para a vida toda, devendo ser adequado às especificidades de cada paciente e apesar dos riscos de ocorrências de complicações urinárias após o início do mesmo, há eficácia no tratamento da disfunção vesical, mesmo em pacientes com diferentes etiologias. Além disso, melhora a autoestima do paciente torna a terapia antimicrobiana mais eficaz, quando necessária, protege o trato urinário superior e diminui a necessidade de derivação urinária (MOROÓKA, FARO, 2002).

Geralmente usa-se um cateter de silicone, porém os cateteres podem ser de látex, vidro, aço inoxidável, com liga de prata ou hidrofílicos. Os calibres indicados são 10-12 para mulheres e de 12-14 para homens, a depender da sensibilidade uretral. Recomenda-se que os cateteres sejam lavados com água e sabão, fervidos ou aquecidos em forno de microondas. Entretanto ainda não há estudos randomizados que comparem a eficácia entre os métodos de limpeza (WILDE, BRASCH, ZHANG 2011). De acordo com Segal et al (1995) a sonda de silicone utilizada para o cateterismo vesical intermitente com técnica limpa pode ser reutilizada várias vezes, se lavadas com água e sabão após o uso e acondicionadas em local seco e arejado.

Estudos indicam uma grande variação (16% a 96%) na taxa de escolha do cateterismo vesical intermitente limpo (CAMERON et al, 2010). Embora seja considerado um procedimento seguro, alguns estudos têm apresentado alta incidência de complicações, como o realizado por Gallien et al (1998), que avaliou a forma de esvaziamento vesical de 123 pacientes, sendo 79 que realizavam cateterismo intermitente; tendo constatado alta porcentagem de complicações (71%), sobretudo de infecção urinária e trauma uretral, associando tal situação ao tipo de cateteres utilizados.

É necessário considerar que o cateterismo vesical intermitente é um procedimento que requer regularidade, disponibilidade e disciplina. Por se tratar de uma terapia prolongada, depende, sobretudo, da adesão do paciente e do suporte da família para a manutenção do tratamento (AZEVEDO, 1999). Para isso, é importante conhecer as repercussões da lesão medular e os objetivos e prioridades de cada paciente, haja vista que isso pode mudar completamente de um indivíduo para outro e determinar a satisfação e continuidade com o tratamento proposto (KESSLER, RYU e BURKHARD, 2008).

Suporte social e Reabilitação vesical

De acordo com Marques et al (2011) já em 1950, John Barnes percebendo a importância das relações de parentesco, amizade e vizinhança, para a estruturação de uma comunidade, lançou pela primeira vez a idéia das redes sociais de apoio. Fundamentado nesta idéia, Clyde Mitchel em 1969 generalizou a concepção das relações interpessoais como sendo “o padrão de ligações pessoais que os indivíduos

têm com um conjunto de pessoas e as ligações que estas pessoas têm entre elas”. Desde então, a importância do suporte social na saúde tem sido demonstrada em vários estudos. O sociólogo Emile Durkheim chamou a atenção para a importância das relações sociais na saúde das pessoas, ainda no final do século XIX. Cassel (1976) notou que estressores sociais afetavam o equilíbrio neuroendócrino e aumentavam a susceptibilidade da pessoa a doenças. Pessoas com bom suporte social eram mais resistentes a doenças e enfrentavam melhor as situações de crise do que aquelas cujas necessidades de suporte social não eram satisfeitas. Pessoas com pobre suporte social demonstravam maior vulnerabilidade a doenças, maior tempo de recuperação, e pior deterioração física.

O suporte social atua como um importante fator para o ajustamento de vida após a lesão medular, sobretudo na fase aguda da mesma. Estudos têm mostrado que um maior suporte social está associado com melhora da satisfação de vida, afetando diretamente essa satisfação, independente do nível de sofrimento, e indiretamente como “efeito tampão”, protegendo a pessoa de efeitos potencialmente negativos da situação de estresse (LEEUEWEN et al, 2010).

Dentre os poucos estudos abordando suporte social entre as pessoas com lesão medular, Rintala et al (1992) verificaram correlação linear positiva entre o suporte, o bem estar físico e social.

Leeuwen et al (2010) verificaram que, ser dependente da ajuda de outras pessoas é o maior estressor entre as pessoas acometidas pela lesão medular, sobretudo, na fase aguda da lesão. Na promoção da independência da pessoa com lesão medular é de grande importância o suporte social, principalmente dos

profissionais da saúde, através de intervenções como educação, treinamento, e acompanhamento.

Conceito

De acordo com Ribeiro (1999) suporte social é definido como "*a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós*". Esse suporte é um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais com o intuito de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem, possibilitando um melhor enfrentamento em situações estressantes.

Suporte social é um conceito geralmente compreendido de forma intuitiva, como a ajuda de outra pessoa em uma situação difícil na vida. Uma das primeiras definições foi proposta por Cobb (1976) que definiu como "a percepção individual de que se é amado e cuidado, estimado e valorizado, de que se pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas".

Há consenso entre os estudiosos de suporte social de que existe uma distinção entre o suporte provido e o suporte percebido. Portanto, ao definir suporte social, deve ser feita a distinção entre a qualidade de suporte percebido (satisfação) e o suporte social provido. A maioria dos estudos é baseada em medidas de suporte subjetivamente percebido, enquanto outros medem de forma mais objetiva. A definição em termos de sentimento subjetivo de suporte levanta a questão de tipo de personalidade, em vez de ambiente social real. Contudo, a maioria dos pesquisadores

concorda que tanto a pessoa como a situação afetam o suporte social percebido e, portanto, os conceitos lidam com a interação entre o indivíduo e as variáveis sociais (DALGARD, 2009).

Neste estudo, suporte social foi definido como “a percepção de que as necessidades próprias são satisfeitas através da interação com outros em seu ambiente social, incluindo a provisão das necessidades de informação, necessidades emocionais, ajuda prática e material” (HOSKINS et al, 1996; FLAHERTY et al, 1983).

METODOLOGIA

Delineamento

Foi realizado um estudo com abordagem quantitativa e do tipo transversal. Esse tipo de estudo é recomendado para se estimar a frequência com que um determinado evento de saúde ocorre em uma determinada população, e fatores a ele associados. Os estudos transversais são de grande utilidade para descrição de características da população, identificação de grupos de risco, e planejamento de ações em saúde (BASTOS , DUQUIA, 2007).

Local

O trabalho foi desenvolvido na unidade de Belo Horizonte – MG, da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, que desenvolve atividades de reabilitação para doenças do aparelho locomotor, entre elas a lesão medular, no programa da Neuroreabilitação da Lesão Medular. O atendimento deste hospital é interdisciplinar e a equipe é formada por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionista, assistente social, professores de educação física e professores de artes. Toda a programação para o atendimento ao paciente é discutida em equipe. Os pacientes permanecem internados em média quatro a seis semanas, período em que realizam atividades diversas, inclusive de reabilitação vesical.

O paciente, familiar ou cuidador participam de aulas sobre a fisiologia miccional e bexiga neuropática e suas complicações. Quando há indicação do cateterismo vesical intermitente, o enfermeiro responsável pela reabilitação vesical explica sobre o procedimento e a partir do aceite do paciente ou família, a equipe de enfermeiros inicia o treinamento da técnica, seja ela de autocateterismo ou cateterismo assistido, de acordo com o intervalo preconizado para o efetivo esvaziamento da bexiga e minimização de riscos para o trato urinário superior. Enquanto não houver segurança e destreza para a realização do procedimento, o paciente, o familiar ou o cuidador, permanecem sob supervisão da equipe de enfermagem.

Após a liberação para realização da técnica em supervisão, é agendada em sete dias, revisão do procedimento, para identificar possíveis dificuldades ou erros. Se necessário, o paciente, familiar ou cuidador, retornam a executar a técnica sob supervisão da equipe de enfermagem até atingirem a segurança e a destreza necessárias para a realização do procedimento.

No momento da alta hospitalar é agendado um retorno para avaliação do paciente pela equipe, dentro de um período de três a seis meses. Os pacientes relatam sobre o retorno às suas atividades no domicílio e comunidade, seus ganhos, dificuldades e enfrentamentos. Nesse momento, é discutida a indicação de nova internação ou acompanhamento periódico externo.

Amostra

A amostra foi composta por 49 pacientes com lesão medular que retornaram para a revisão em equipe e que tinham recebido orientação para realizarem o cateterismo vesical intermitente no domicílio.

O tamanho da amostra foi calculado usando-se o coeficiente de correlação linear de Pearson. O nível de significância considerado foi de 5%, com poder do teste de no mínimo 80%, e poder de efeito médio ($r = 0,40$).

Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes com lesão medular, atendidos no programa da Neuroreabilitação da Lesão Medular, que receberam a orientação para realizar o cateterismo vesical intermitente com técnica limpa em seus domicílios e que concordaram em participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento (Apêndice 1).

Considerações éticas

Anteriormente à coleta de dados, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação e pelo Comitê de Ética da UFMG (COEP-UFMG). A pesquisadora informou previamente aos pacientes sobre o estudo, seus objetivos, finalidades, forma de coleta de dados e caráter voluntário da amostra. Todos concordaram em participar e, após o aceite, assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido antes do início da coleta de dados, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice 1).

Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, realizadas pela própria pesquisadora, em local privativo e tranquilo, utilizando questionários estruturados, no momento do retorno do paciente para a revisão em equipe. A coleta foi realizada no período de novembro/2010 a fevereiro/2011.

Instrumentos para coleta dos dados

Para coletar os dados foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- 1) Questionário para informações sócio-demográficas e clínicas;
- 2) Questionário para acompanhamento e avaliação da reabilitação vesical;
- 3) Inventário da Rede de Suporte Social-versão em Português.

Questionário para informações sócio-demográficas e clínicas

Esse instrumento (Apêndice 2), previamente elaborado pela pesquisadora, teve a finalidade de coletar informações sócio-demográficas e do estado clínico do paciente, a fim de caracterizar a amostra estudada e verificar possíveis relações entre esses dados e a continuidade do cateterismo vesical intermitente.

Questionário para acompanhamento e avaliação da reabilitação vesical

Esse questionário (Apêndice 3), também elaborado pela pesquisadora, foi utilizado para a coleta de informações sobre fatores dificultadores e facilitadores da continuidade do cateterismo vesical intermitente domiciliar, após a alta hospitalar.

Inventário da Rede de Suporte Social (SSNI-versão em Português)

Para coletar dados sobre o suporte social, foi utilizado o Inventário da Rede de Suporte Social-SSNI-versão em Português (Flaherty e Gaviria, 1983; Lima, 2005); (Anexo 1). Esse instrumento foi traduzido para o português e validado em uma população de mulheres com câncer de mama e outra de diabéticos. O SSNI permite identificar variáveis da rede social e mensurar o apoio social percebido pelo indivíduo em situações de agravos à saúde.

O IRSS é uma escala composta por dez itens, com graduação que varia de 1 (nenhum apoio) até 5 (alto nível de apoio) e avalia tanto variáveis da rede social (fontes e tipos de contato) quanto componentes específicos do apoio social (disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e apoio especificamente relacionado à doença).

O indivíduo escolhe inicialmente pessoas ou grupos que lhe sejam próximos. Destes deve escolher quatro ou cinco que representem, para ele, maior apoio (rede social parcial) e responder uma escala para cada um deles. Os autores limitaram o número da rede social após as primeiras validações do instrumento, quando

observaram que um número maior não influenciaria no grau geral de apoio percebido pelo indivíduo. Outro motivo da limitação da rede social foi para otimizar o tempo de coleta de dados, reduzindo ausência ou imprecisão de respostas .

Para obter-se a média da percepção de suporte, soma-se o escore dos itens e divide-se o resultado pelo número total de itens (dez). O instrumento permite avaliar a rede social, o grau e os aspectos do suporte percebido.

Tratamento e análise dos dados

Os dados foram inseridos, tratados e analisados no programa Statistical Package on Social Sciences (SPSS), versão 13.0. Foi calculada estatística descritiva com análise de tendência central e, realizado análises correlacionais.

Variáveis do estudo

Variável independente

- Suporte social

Variáveis dependentes

- Continuidade da reabilitação vesical com cateterismo intermitente limpo, após a alta hospitalar;
 - ✓ Regularidade na realização da técnica do cateterismo vesical intermitente,
 - ✓ Adaptação na realização da técnica do cateterismo vesical intermitente,

- ✓ Dificuldades encontradas para manter a continuidade do cateterismo vesical intermitente,
- ✓ Complicações do trato urinário.

Variáveis antecedentes

- **Sóciodemográficas**

- ✓ Sexo
- ✓ Idade
- ✓ Escolaridade
- ✓ Renda familiar mensal
- ✓ Situação marital

- **Variáveis Clínicas**

- ✓ Tipo de plegia
- ✓ Tempo de plegia
- ✓ Causa da plegia
- ✓ Grau de dependência física para o cateterismo vesical intermitente
(dependente, dependente parcial ou independente)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas e clínicas

A amostra do estudo foi predominantemente de homens (81,6%) jovens (M=33,9 anos de idade; mínimo=18; máximo=67) e cuja causa principal da lesão medular foram os acidentes de trânsito, sejam automobilísticos (10,2%) ou motociclísticos (20,4%). A violência no trânsito tem sido alarmante; de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) as lesões causadas por acidentes de trânsito constituem-se em enorme, porém, negligenciado desafio para a saúde pública. Requerem esforços concentrados para que haja uma prevenção eficaz e persistente. Estima-se que 50 milhões de pessoas fiquem doentes a cada ano em acidentes de trânsito no mundo. Projeções indicam que esse número aumentará cerca de 65% nos próximos 20 anos, se drásticas medidas de prevenção não forem tomadas (WHO, 2011). Nas grandes cidades brasileiras o trânsito muito congestionado, associado ao valor mais acessível das motocicletas, tem levado a um aumento enorme de jovens utilizando esse veículo para transporte (>11 milhões de unidades ao final de 2007). Dentre os homens jovens de baixa renda, o uso de motocicleta para trabalhos como entrega de materiais - os motofrete - aumentou muito na última década. Esse aumento associado à imprudência e falta de educação no trânsito tem sido causa de um grande número de acidentes. Desde o ano de 2000, cerca de 9% das motos em circulação envolvem-se anualmente em algum tipo de acidente e desses, 2% com vítimas (casos fatais ou que requerem internação hospitalar por um mínimo de 24 h). Esse dado significa aproximadamente 1 milhão de acidentes de trânsito por ano, com cerca de 214.000 vítimas. A maioria

(87%) é do sexo masculino, com menos de 40 anos de idade (86%), sendo que 63% têm entre 18 e 24 anos e 4% estão abaixo dos 18 anos. Em 16% dos casos, as vítimas de acidentes de moto guardam conseqüências que as deixam com incapacidades temporárias, sendo afastadas da vida laboral por um período que, em média, dura seis meses. E 5% dessas vítimas apresentam incapacidades permanentes (DENATRAN, 2011; JORGE, KOIZUMI, 2009).

Mundialmente, a lesão medular afeta primeiramente adultos jovens do sexo masculino. Em recente publicação, o *National Spinal Cord Injury Statistical Center* dos Estados Unidos (2008) mostrou que de 1973 a 1979, a média de idade de pessoas que sofreram lesão medular foi de 28,7 anos, sendo que a maioria das lesões ocorreu entre as idades de 16 e 30 anos. Porém, com o crescimento da média de idade da população, a média da idade das pessoas que sofrem lesões, também tem mostrado um aumento ao longo da última década. Desde 2005, a média de idade no momento da lesão tem sido 39,5 anos nos Estados Unidos. Ao mesmo tempo, a porcentagem de pessoas acima de 60 anos tem aumentado. Antes de 1980 era de 4,7% e desde o ano 2000 tem sido de 11,5%, com predominância (77,8%) da ocorrência entre homens, principalmente quando causadas por acidentes de trânsito (NSCISC, 2008).

A Tabela 1 apresenta as informações sociodemográficas dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo.

Tabela 1 – Distribuição das informações sócio-demográficas. Belo Horizonte, MG, 2011.

Variáveis	n	%	Média	DP
Idade			33,9	12,64
Sexo				
Masculino	40	81,6		
Feminino	9	18,4		
Estado civil				
Solteiro	27	55,1		
Casado/Amasiado	20	40,8		
Divorciado	2	4,1		
Procedência				
Belo Horizonte	14	28,6		
Interior MG	24	49		
Outros Estados	11	22,4		
Escolaridade				
Analfabeto	1	2		
Baixa (< 9 anos estudo)	23	46,9		
Média (9-12 anos de estudo)	9	18,4		
Alta (> 12 anos de estudo)	15	32,6		
Situação empregatícia				
Empregado	3	6,1		
Desempregado	11	22,5		
Benefício	28	57,1		
Aposentado	7	14,3		

Renda*		
< 1 salário mínimo	1	2
1 salário mínimo	9	18,4
2 - 4 salários mínimos	31	63,3
5 - 9 salários mínimos	5	10,2
> 10 salários mínimos	3	6,1
Diagnóstico		
PPL traumática	23	46,9
PPL não traumática	8	16,3
TPL traumática	16	32,7
TPL não traumática	2	4,1
Causa		
Automobilístico	5	10,2
Motociclístico	10	20,4
PAF	10	20,4
MAR	4	8,2
Queda de objeto sobre o tórax	3	6,1
Queda de altura	8	16,3
Patologias	9	18,4

* Salário mínimo vigente em 2011: R\$ 545,00 (MTE)

A maioria dos pacientes (55,1%) eram solteiros e residentes no Estado de Minas Gerais (77.6%). Metade da amostra (49%) apresentou baixa ou nenhuma escolaridade, o que contribui para dificuldade em conseguir emprego após a lesão, uma vez que esses pacientes eram principalmente trabalhadores braçais. A renda familiar foi bastante baixa, de no máximo 4 salários para 83,7% dos pacientes.

Apenas 6% estavam desenvolvendo atividades remuneradas, o que também reflete sobrecarga no Serviço de Previdência Social, principalmente ao considerarmos as características de cronicidade da lesão. Lasprilla et al (2010) chamam a atenção para as consequências econômicas que a baixa empregabilidade e o não retorno ao trabalho envolvem, inclusive pelo aumento dos custos médicos e de previdência.

Vê-se então que as lesões medulares traumáticas constituíram 79,6% da amostra, sendo que destas 46,9% levaram a paraplegias e 32,7% a tetraplegias. Sendo que a predominância de lesão por acidentes de trânsito (51%) e por projéteis de arma de fogo (20,4%) denunciam o grande problema da violência urbana. No estudo desenvolvido por Lasprilla et al (2010) os acidentes com veículos motores também lideraram as causas dos traumas, seguidos pelas quedas e pela violência.

Dados relativos ao cateterismo vesical intermitente com técnica limpa

A Tabela 2 apresenta o tempo de diagnóstico até a data da coleta das informações, o tempo de reabilitação, a realização ou não do cateterismo vesical intermitente antes de iniciar a presente reabilitação vesical, a funcionalidade física (independência) para a execução do procedimento e quanto à continuidade da realização do procedimento no domicílio.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes conforme tempo de diagnóstico, tempo para reabilitação e realização do cateterismo vesical intermitente. Belo Horizonte, MG, 2011.

Variáveis	n	%	Média	DP	Mín - Max
Tempo diagnóstico			26,47	23,77	6-131
Tempo para reabilitação			12,27	10,66	3-57
CIL antes reabilitação					
sim	16	32,7			
sim, mas abandonaram	11	22,4			
não	22	44,9			
Modo CIL					
Auto-CIL	32	65,3			
CIL assistido	13	26,5			
Abandonaram	4	8,2			

Os pacientes variaram entre 6 meses a quase 11 anos (131 meses) de lesão medular, e quase metade da amostra (44,9%) não realizava o procedimento antes de iniciar a presente reabilitação. Entretanto, atenção especial é necessária para os 22,4% que receberam alguma orientação na fase aguda da lesão, mas que abandonaram o procedimento por começarem a apresentar perdas urinárias e pensarem que estavam urinando de forma próxima ao normal.

A maioria (65,3%) apresentou independência física suficiente para a realização do cateterismo, inclusive com dois pacientes tetraplégicos também conseguindo realizar o autocateterismo. No momento da decisão por autocateterismo ou cateterismo assistido, avalia-se a funcionalidade física do paciente tetraplégico e muitos são orientados sobre a sua independência. Entretanto, os resultados sugerem que no ambiente domiciliar poucos tetraplégicos com funcionalidade física preservada para a

realização do autocateterismo conseguem fazê-lo em seu dia-a-dia. A justificativa que dão é que as barreiras arquitetônicas e as dificuldades para transferências os tornam mais dependentes.

No estudo de Cameron et al (2010) a sondagem permanente (SVD) foi a escolha dos pacientes com lesão de nível alto (tetraplégicos), que viviam em casas de repouso ou hospitais, e que eram pacientes crônicos.

Ao avaliarmos a continuidade do procedimento, verificamos que quatro (8,2%) dos pacientes abandonaram o cateterismo vesical. Destes, dois acreditaram ter tido melhora neurológica e não mais precisar do cateterismo, um morava em asilo e teve dificuldade de suporte social, e o outro interrompeu por orientação médica para tratamento de infecção urinária. Esses dois últimos passaram a utilizar sonda vesical de demora.

A média de procedimentos/dia foi de 4,2 com mínimo de 1 e máximo de 7 procedimentos. Esse valor médio está conforme a orientação fornecida, mas um intervalo de tempo maior que 6 horas, favorece a distensão da bexiga e aumenta o risco de refluxo para os rins. Um intervalo menor pode aumentar o risco de infecções urinárias. Excluídos os pacientes com indicação médica de realizar o procedimento a cada 4 horas, foi questionado aos pacientes sobre os motivos que os levavam a realizar o procedimento com intervalo menor que 6 horas, e em sua grande maioria responderam que pretendiam evitar as perdas urinárias, fossem elas associadas ao aumento da ingesta hídrica ou não. Na literatura é recomendado que os pacientes sejam orientados a realizar o esvaziamento vesical 4 a 5 vezes por dia (WILDE, BRASCH, ZHANG, 2011).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes conforme regularidade do cateterismo vesical, fornecimento dos materiais ou medicações e ajuda financeira para a continuidade do procedimento. Belo Horizonte, MG, 2011.

Variáveis	n	%	Média	DP	Min-Max
Regularidade do CIL			4.2	1.13	1-7
Ganha Material					
Sim	13	26.5			
Parcialmente	18	36.7			
Usa medicação					
Sim	36	73.5			
Quem fornece					
Secretaria de Saúde	9	18,4			
Família	27	55,1			
Ajuda financeira					
Sim	1	2			

O Governo Federal, através das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais garante o fornecimento do material para o cateterismo e de medicações. Entretanto, verifica-se que apenas 26,5% dos pacientes recebiam o material necessário; e que 36,7% o recebe de forma parcial. Isto se torna mais um peso para uma renda familiar já tão restrita. A maioria (73,5%) também faz uso de medicações anticolinérgicas, entretanto, apenas (18,4%), conseguem recebê-las nos serviços de saúde pública. Apenas um paciente respondeu que recebia ajuda financeira de terceiros para a aquisição de materiais e medicamentos.

Investigamos se a técnica orientada durante a reabilitação foi mantida no retorno para o domicílio, e sem modificações. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes segundo modificações na técnica, necessidade de auxílio, dificuldades e complicações urológicas. Belo Horizonte, MG, 2011.

Variáveis	n	%
Modificações na técnica		
Sim	23	46.9
Necessidade de auxílio		
Sim	13	26.5
Dificuldades na realização		
Sim	21	42.9
Complicações urológicas		
Sim	14	28.6

Aproximadamente metade (46,9%) dos pacientes fizeram pelo menos um tipo de modificação, dentre as quais se pode destacar o horário, o intervalo, a não higienização das mãos ou da genitália, pouca ou nenhuma lubrificação e o uso de uma nova sonda a cada procedimento.

Em relação ao horário, alegam indisposição para o cateterismo no período do repouso. Quanto ao intervalo associam com aumento da ingesta hídrica ou receio de terem perdas urinárias e necessitarem de algum dispositivo externo de incontinência. Sobre a não higienização das mãos ou da genitália, relatam que o tempo dispendido para realizar o procedimento de forma correta interfere na realização de outras atividades consideradas mais interessantes.

O uso de luvas de procedimento e de uma nova sonda a cada cateterismo ocorre entre aqueles com melhor poder aquisitivo ou que possuem maior facilidade na aquisição dos materiais e, o que os leva a essa modificação é o medo de

desenvolverem episódios de infecção urinária, mesmo tendo sido orientados quanto a segurança da técnica limpa.

A orientação sobre o uso de cateteres novos ou de sua reutilização com apenas uma limpeza a cada procedimento varia de acordo com o país, seu sistema de saúde e custos relacionados. No Canadá o uso de cateteres limpos é o mais comum, enquanto que no Reino Unido, a orientação é para usá-lo uma única vez (WILDE, BRASCH, ZHANG, 2011).

Em outro estudo (Cameron et al, 2010) 78% dos pacientes considerou a técnica como fácil ou muito fácil e 87% afirmou que o procedimento não atrapalhava ou atrapalhava pouco em suas atividades diárias.

O cateterismo vesical intermitente é considerado como técnica ouro e é ensinado para pacientes com condições físicas e mentais preservadas, ou para seus cuidadores, que estejam aptos e dispostos a realizá-lo. Dentre as várias razões que podem favorecer ao abandono do cateterismo vesical intermitente, tem-se a incontinência entre os cateterismos, disreflexia autonômica, obesidade, barreiras arquitetônicas e a dificuldade para despir-se. Além disso, na população de tetraplégicos, ainda existem as dificuldades para se transferirem e por não terem um cuidador para ajudá-los, e também a barreira para a exposição do meato uretral pela pouca funcionalidade das mãos (CAMERON et al, 2010).

A necessidade de ajuda de outras pessoas para a realização do procedimento foi reportada por 26,5%. Esse auxílio é exercido principalmente pelas mães ou esposas dos pacientes.

Pais e esposas são os principais responsáveis pelos cuidados da pessoa portadora de lesão medular e, dependendo do grau de dependência, esses cuidadores dispõem em média 11,3 horas/dia nestas atividades, o que pode ser esmagador para a dinâmica familiar pela sobrecarga assumida (LASPRILLA et al, 2010).

Observa-se que 42,9% dos pacientes afirmaram ter encontrado dificuldades para a continuidade do procedimento. Dentre as dificuldades citadas têm-se principalmente os horários de realização do procedimento, as barreiras arquitetônicas, a necessidade de auxílio de terceiros, quer seja para a realização do procedimento, transferências ou para o posicionamento no caso das mulheres, a aquisição completa do material ou medicação e a falta de acessibilidade em banheiros públicos.

No estudo de Wilde et al (2011) também foi enfatizada a dificuldade de acesso aos banheiros públicos e a falta de privacidade que esses indivíduos experenciam, o que os leva a um maior isolamento social.

Apenas 28,2% apresentaram algum tipo de complicação urológica, sendo que se evidenciou principalmente litíase vesical/renal e hidronefrose/dilatação.

Conforme Azevedo (1999) o risco de litíase vesical mesmo após o início do cateterismo existe, porém é de pequena magnitude quando comparado com os benefícios do procedimento.

O espaço de tempo entre a instalação da lesão medular até o treinamento para reeducação vesical provavelmente interferiu diretamente no desenvolvimento de hidronefrose/dilatação (18,4%). Pois se não há uma adequada excreção urinária, a urina retida faz pressão na parede, comprimindo as pirâmides e “achatando-as”,

chegando ao ponto em que elas desaparecem e se formam os “espaços vazios” vistos até macroscopicamente.

Alguns pacientes (12,2%) apresentaram traumatismos uretrais (sangramento) recorrentes. Essa complicação do cateterismo pode estar ocorrendo por resistência ou por diminuição da lubrificação do canal uretral. Como a maior parte da amostra não está recebendo o gel lubrificante de instituições públicas, eles tendem a “economizar” no volume injetado no canal uretral, visto que o valor pago para esta medicação é considerado oneroso no orçamento das famílias.

Quase a metade (44,9%) dos pacientes afirmou sentir desconforto ou dor durante o cateterismo. Quando interrogados sobre como lidam com essa sensibilidade, os pacientes relataram que convivem com a mesma por necessidade, pois entendem a importância do procedimento.

Alguns autores consideram que o cateterismo vesical doloroso pode estar associada a uma queda na qualidade de vida. Em pacientes crônicos, esta sensibilidade juntamente com outros fatores danosos à qualidade de vida pode levar ao abandono do cateterismo intermitente (CAMERON et al, 2010; WILDE, BRASCH, ZHANG, 2011).

Perdas de urina entre um cateterismo e outro foram apresentadas por 32,6% dos pacientes, ainda que esses estivessem em uso das medicações anticolinérgicas. A justificativa apresentada foi o aumento/descontrole da ingesta hídrica. As perdas trazem desconforto e podem levar ao isolamento social. Em um estudo comparativo entre pacientes com lesão medular, continentes e incontinentes, concluiu-se que os

que são continentes apresentam significativamente melhor qualidade de vida (HICKENS et al, 2001).

Infecções urinárias nos últimos 3 meses estiveram presentes em 20,4% dos pacientes, excluindo-se os que já haviam tratado antes. Percebemos que esses são principalmente aqueles que não observam a higienização da genitália ou fazem a lubrificação do canal uretral com água ou saliva.

Alguns autores consideram que a principal desvantagem do cateterismo vesical intermitente limpo é a inevitável e freqüente inoculação de bactérias para a bexiga no decorrer das cateterizações repetidas, porém a prática da limpeza genital (área peri-uretral), está associada à redução do risco de infecções urinárias, uma vez que auxilia na remoção das bactérias colonizadoras da pele e evita uma maior colonização da bexiga (AZEVEDO, 2009; WOODBURY et al, 2008).

Suporte Social

O suporte social, conforme medido pelo SSNI, é avaliado pela média dos itens do questionário. Os escores revelaram uma média alta de 4,7 (DP=0,34) em uma escala cujo intervalo é de 0 a 5, e onde escores mais altos indicam melhor suporte percebido. Nenhum paciente teve uma média abaixo de 4,0 na escala de suporte social. Esse resultado indica que esses pacientes percebem um ótimo suporte das pessoas que compõem sua rede social (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição segundo média do IRSS. Belo Horizonte, MG, 2011.

Média IRSS	Abandono do cateterismo		Total (n=48)
	Não (n=45)	Sim (n=3)	
Média	4,70	4,68	4,70
Mediana	4,87	5,00	4,88
Desvio padrão	0,33	0,55	0,34
Mínimo	4,00	4,05	4,00
Máximo	5,00	5,00	5,00

Apesar da alta percepção de suporte, a rede social dos pacientes mostrou-se bastante reduzida, variando de 1 a 3 pessoas para a maior parte da amostra. As mães e as esposas foram as pessoas apresentadas com maior frequência na rede de suporte social dos pacientes, provendo auxílio emocional e cuidados diretos quando necessário.

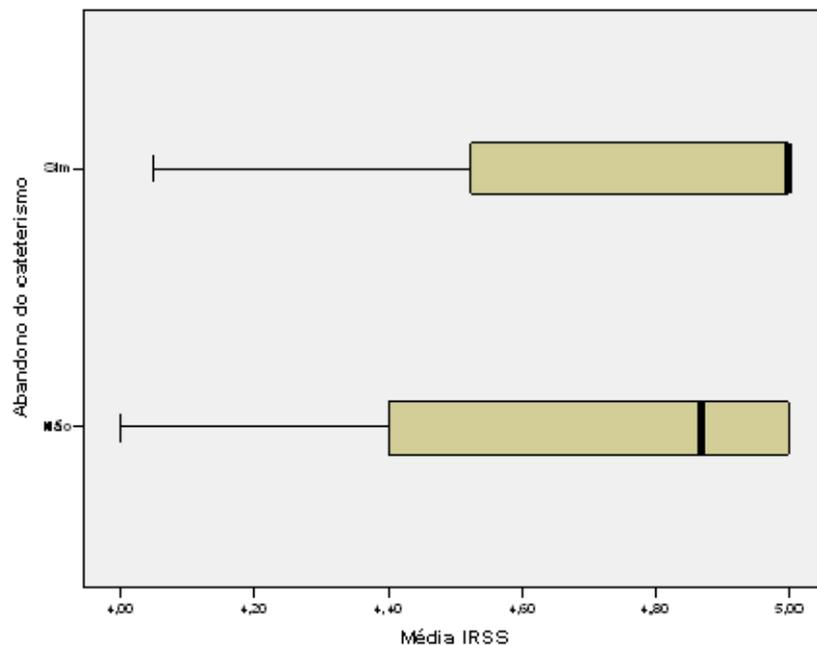
Outros trabalhos realizados no Brasil entre mulheres com câncer de mama (Lima et al, 2005) e pessoas com Diabetes Mellitus (Gomes, 2009) utilizando o mesmo instrumento (SSNI-versão em Português), tiveram resultados semelhantes. As médias de suporte social foram altas, sendo 4,2 para as mulheres com câncer de mama, e 3,6 para as pessoas com Diabetes. A rede social de apoio em ambos os estudos foi também composta principalmente por familiares, reforçando a imagem da proximidade e apoio mútuo existente entre os membros das famílias no Brasil.

Esse ótimo suporte percebido pelos pacientes do presente estudo provavelmente explica o baixo índice de abandono do cateterismo intermitente. Somente quatro pacientes abandonaram a técnica e, dentre estes, um morava em asilo

e deixou claro a inexistência de suporte social, não querendo inclusive responder ao SSNI. Os outros abandonaram alegando outros motivos: dois por apresentarem perdas urinárias nos intervalos e acharem que não mais precisavam do cateterismo, e um por desenvolver infecção urinária e precisar mudar para sondagem de demora por orientação médica.

Pelo baixo índice de pacientes que abandonaram o cateterismo intermitente e responderam ao SSNI, não foi possível comparar com segurança as médias de suporte social entre os dois grupos.

Gráfico 1 - Distribuição da média de suporte social entre o grupo de pacientes que continuaram o cateterismo intermitente e o grupo dos que abandonaram. Belo Horizonte, MG, 2011.



O SSNI-versão em Português demonstrou ótima consistência interna, com um alfa de Chronbach de 0,9, semelhante ao apresentado no estudo de Lima et al (2005) e de Gomes (2009) com confiabilidade de 0,95 e 0,94 respectivamente. Esse instrumento tem se mostrado válido e confiável para uso no Brasil, já tendo sido testado em três populações diferentes.

Suporte social e variáveis sociodemográficas e clínicas

A análise de correlação entre o suporte social e as variáveis sociodemográficas e clínicas foi realizada pela correlação de Spearman. O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado para avaliar se havia diferença significativa da mediana do escore entre as categorias.

Em relação à procedência dos pacientes e ao sexo, basicamente não houve diferenças entre os escores de suporte social, conforme demonstrado nos Gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 - Média de suporte social em relação à procedência dos pacientes. Belo Horizonte, MG, 2011.

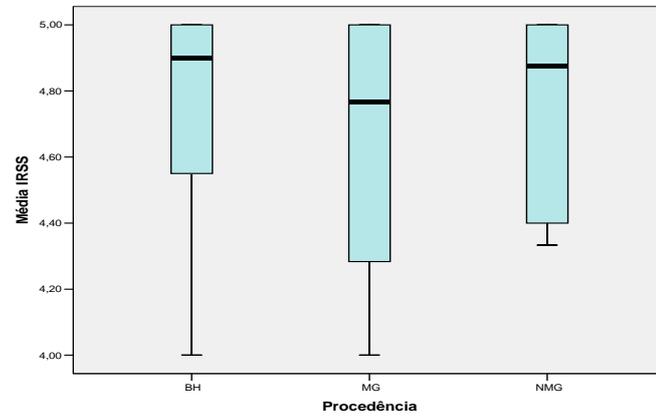
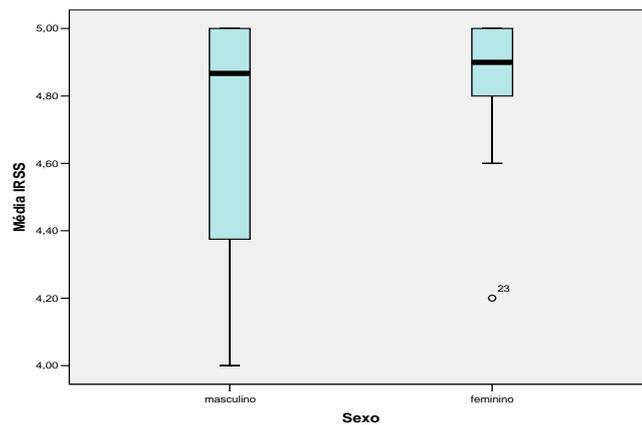
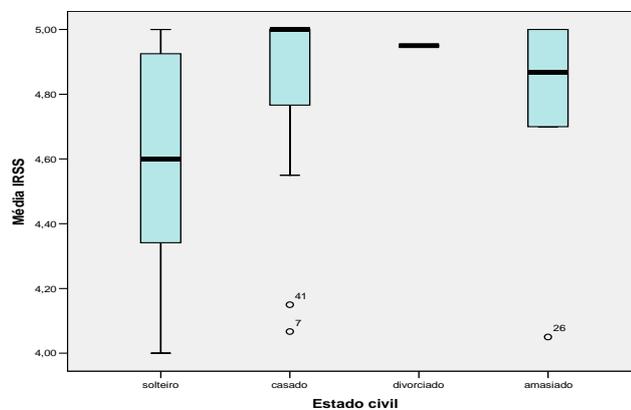


Gráfico 3 - Média de suporte social em relação à idade do paciente. Belo Horizonte, MG, 2011.



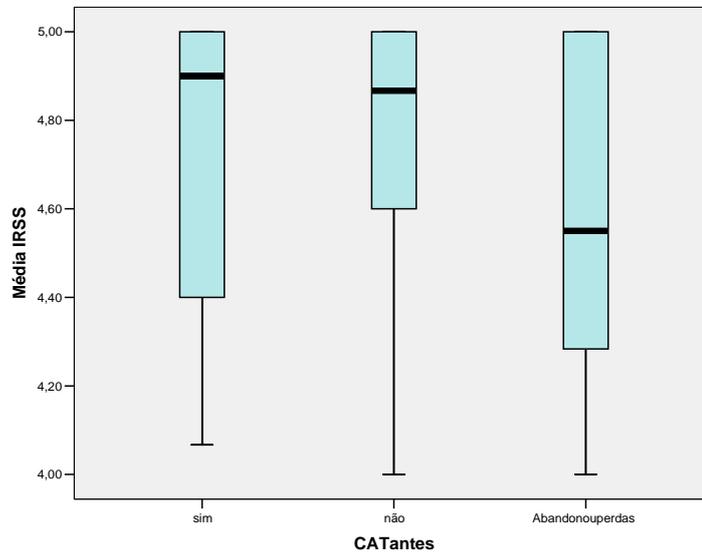
Os pacientes casados foram os que apresentaram escores mais altos de suporte social, porém a diferença entre as médias não foram estatisticamente significantes (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Média de suporte social em relação ao estado civil do paciente. Belo Horizonte, MG, 2011.



A distribuição da escolaridade e demais variáveis socio demográficas ou clínicas em relação à média de suporte social também não foram estatisticamente significantes, mas é interessante observarmos uma tendência entre os que abandonaram a técnica anteriormente. Estes apresentaram escores mais baixos de suporte social (Gráfico 5 e 6).

Gráfico 5 - Média de suporte social em relação aos que abandonaram a técnica anteriormente à reabilitação. Belo Horizonte, MG, 2011.



Como a amostra foi pequena e o escore não seguiu uma distribuição aproximadamente normal nas categorias, utilizamos o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparar a mediana do escore médio no SSNI em cada categoria das variáveis de interesse. Somente na variável sexo foi observada diferença significativa ($p < 0,05$), sendo as mulheres com escores mais altos de suporte social.

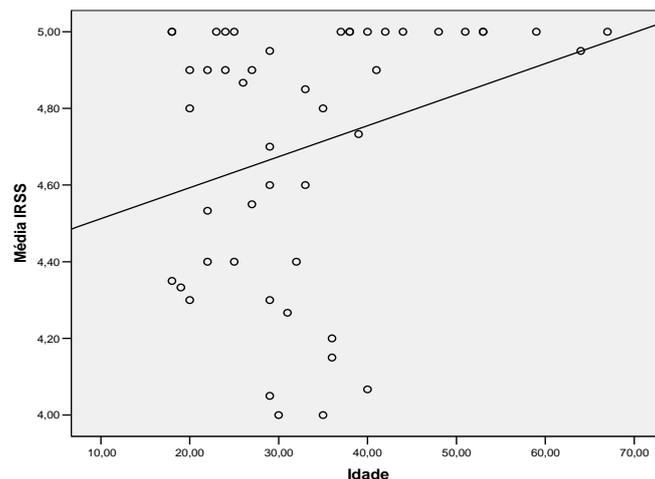
Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman, avaliamos a associação do escore médio do SSNI com as variáveis do tipo quantitativo.

Na idade foi observada correlação significativa, positiva, porém fraca. Para o número de membros na família foi observada correlação significativa, positiva e moderada. Para essas duas variáveis pode-se afirmar que existe uma tendência de

que quanto maior a idade ou o número de familiares imediatos, maior o escore no suporte social. Para as demais variáveis não houve correlação significativa.

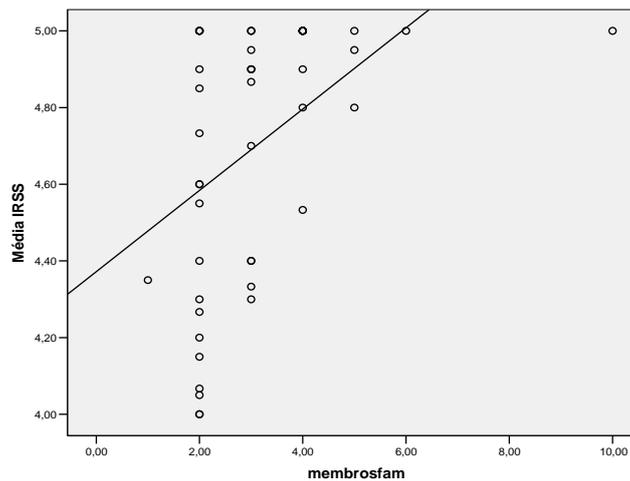
A forma da correlação das variáveis que se mostraram estatisticamente significantes em relação ao suporte social pode ser visualizada nos gráficos de dispersão a seguir. A reta nos gráficos é uma reta de regressão, representando o relacionamento linear e positivo entre as variáveis.

Gráfico 6 – Relação entre a média de suporte social e a idade dos pacientes. Belo Horizonte, MG, 2011.



Esse resultado foi semelhante ao observado entre mulheres com câncer de mama no trabalho de Lima et al (2005). As mulheres tendiam a perceber maior suporte social à medida que apresentavam maiores idades.

Gráfico 7 - Relação entre a média de suporte social e o número de familiares. Belo Horizonte, MG, 2011.



Considerando a forte estrutura da família brasileira, de um modo geral, o maior número de membros na família provavelmente resultará em mais numerosas manifestações de apoio, fazendo com que a pessoa necessitada perceba maior suporte social.

Gráfico 8 - Relação entre a média de suporte social e as dificuldades quanto ao cateterismo vesical. Belo Horizonte, MG, 2011.

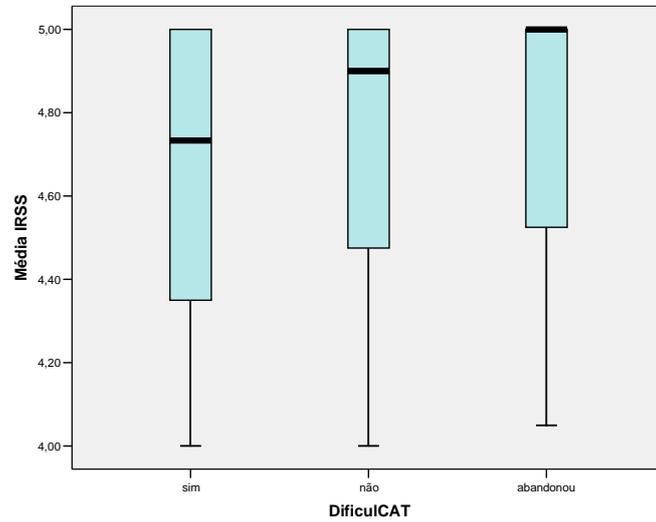
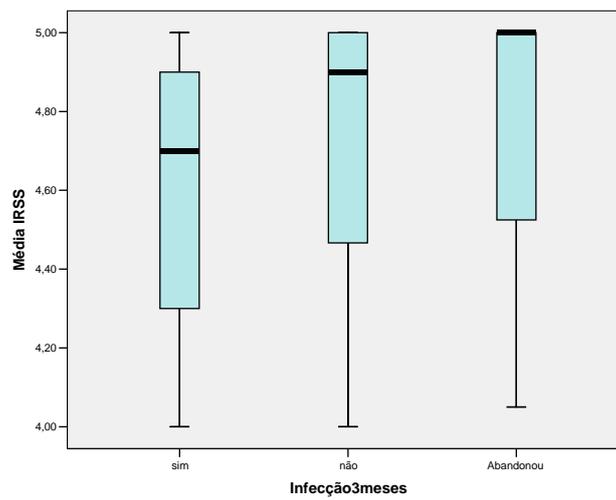


Gráfico 9 - Relação entre a média de suporte social e as infecções urinárias nos últimos 3 meses. Belo Horizonte, MG, 2011.



Conforme os (Gráficos 8 e 9), os pacientes que apresentaram dificuldades na realização do CIL ou infecção urinária nos últimos 3 meses, tiveram menor percepção de suporte social, quando comparados aos outros, embora sem diferença estatisticamente significativa entre as médias.

CONCLUSÕES

Verificou-se que a amostra estudada foi predominante de homens jovens, de baixa escolaridade, com renda familiar mensal de até quatro salários mínimos e com paraplegia traumática, decorrentes, sobretudo de acidentes de trânsito. A maioria tinha a média de tempo de lesão de dois anos e estava em benefício ou aposentada pelo INSS.

As principais dificuldades citadas foram a aquisição dos materiais/medicação, horários do procedimento, acessibilidade a banheiros e controle da ingesta hídrica.

Quanto ao suporte social, os resultados mostraram uma ótima percepção entre os pacientes, porém uma baixa rede de suporte, o que leva à sobrecarga do cuidador, ameaçando sua saúde física e psicológica, bem como ameaçando a própria continuidade do suporte oferecido.

Na amostra, o suporte social não teve correlação com a continuidade do cateterismo intermitente, porém verificou-se uma relação positiva, de fraca a moderada intensidade, entre o suporte social percebido e a continuidade do procedimento quando se analisou a idade e o número de membros na família, ou seja, quanto maior a idade ou o número de familiares envolvidos no cuidado, maior é o escore de suporte social.

Verificamos também a dificuldade de suporte institucional para os pacientes, principalmente na aquisição completa dos materiais, já que há no Brasil, leis que garantem o direito ao acesso gratuito de materiais e medicamentos. Dessa forma, o suporte foi basicamente de familiares, não havendo suporte de profissionais da saúde através de visitas domiciliares, ou de instituições que providenciassem os materiais

adequados. A não existência de suporte institucional contribui para maior sobrecarga econômica para o paciente, para sua família, para a comunidade, para o país.

Na amostra estudada, os resultados mostraram que os pacientes tem dado continuidade ao procedimento em seus domicílios, que fazem modificações na técnica ensinada, incluindo aquelas que os colocam em situação de risco e, que associam o cateterismo com uma melhor qualidade de vida, mesmo enfatizando as dificuldades para implementar tal procedimento em suas rotinas. Foi evidenciado ainda que os pacientes abandonaram mais o cateterismo intermitente na fase aguda do que após a reabilitação. Esse dado reforça a necessidade de maior empenho dos profissionais de saúde em comunicar, ensinar e acompanhar esses pacientes para que superem as dificuldades relacionadas à continuidade da técnica e não venham a desenvolver maiores complicações de saúde, mesmo antes de chegarem à reabilitação.

O adequado manejo da bexiga com o cateterismo vesical intermitente limpo é importante não apenas para se prevenir complicações urinárias, mas também para garantir uma vida com melhor qualidade, promovendo a inclusão social, resgatando a independência e favorecendo a autoestima.

Este estudo permitiu mais uma vez confirmar que as lesões medulares preveníveis são predominantes. A necessidade de educação e intervenções para se prevenir acidentes é de essencial importância, principalmente entre os jovens. No estudo a maior parte dos pacientes continuaram a realização do procedimento, entretanto, seria interessante estudos nacionais que avaliassem essa continuidade com o tempo pós-reabilitação, assim como relacionando o suporte social com a cronicidade da lesão medular.

Referências

AZEVEDO, R V M. **Fatores de risco para infecção do trato urinário em crianças e adolescentes portadores de disfunção vesical que realizam o cateterismo vesical intermitente limpo.** 1999. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

BASTOS, J L D, DUQUIA, R P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

BENNETT, C J, YOUNG, M N, DARRINGTON, H. **Differences in urinary tract infections in male and female spinal cord injury patients on intermittent catheterization.** Disponível em: <http://www.nature.com/sc/journal/v33/n2/abs/sc199517a.html>. Acesso em 28/03/2011.

BRANDALIZE, D L, ZAGONEL, I P S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da teoria de Roy. **Cogitare Enferm**, set/dez; 11(3):264-70, 2006.

BRUNI, D S et al. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.38, n.1, p. 71-79, 2004.

CAFER, C R et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Rev. Acta Paulista de Enferm.** v.18, n.4, p. 347-353, 2005.

CAMERON A P, WALLNER, L P, TATE, D G et.al. Bladder management alter spinal cord injury in the United States 1972 to 2005. **The Journal of Urology.** v. 184, p-213-217. July 2010.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance: the fourth Wade Hampton frost lecture. **American Journal of Epidemiology**, Cary, v. 104, n.2, p.107-123, Aug. 1976.

CAVALCANTE, L B. **Aplicabilidade da Teoria da Adaptação de Roy no cuidado de enfermagem** – revisão sistemática. Disponível na internet: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=504&cf=3>. Acesso em 28/10/2009.

COBB, S. Social support as moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. V.38, p 300-314. 1976.

DALGARD, O S. Social support - definition and scope. In: **EUPHIX, EUphact. Bilthoven**: RIVM, 2009, Disponível em <http://www.euphix.org>. Acesso em 30/11/2009.

DELISA, J A. **Medicina de reabilitação**: princípios e práticas. São Paulo: Manole, 1992. v.1, 518 p.

DENATRAN – Departamento Nacional de Transito. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras**. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/publicacoes/show_public.asp?cod=1. Acesso em 22/03/2011.

FURLAN, M F F M, FERRIANE, M G C, GOMES, R. O cuidar de crianças portadoras de bexiga neurogênica: representações sociais das necessidades dessas crianças e de suas mães. **Rev. Latino – Americana Enf.**, v.11, n.6, p.763-770, nov/dez 2003.

GALLIEN, P, NICOLAS, B, ROBINEAU, S et al. Influence of urinary management on urologic complications in a cohort of spinal cord injury patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. Volume 79, n 10, 1998, p 1206-1209.

HOSKINS, C N et al. Social support and patterns of adjustment to breast cancer. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**: An International Journal, n. 10, p. 99-123.

International Continence Society [ICS]. Documents. Disponível em: www.icsoffice.org. Acesso em: 28/11/2009.

JORGE, M H P M, KOIZUMI, M S. **Acidentes de trânsito: dados básicos para seu estudo**. ABRAMET - Associação Brasileira de Medicina de Tráfego, v. 27, p. 30-32, 2009.

KEMPPAINEN E. In: **Annals of The 12th Rehabilitation International Asia and the Pacific Regional Conference**, Osaka, Japan, 2009.

KESSLER, T M, RYU, G, BURKHARD, F C. Clean intermittent self-catheterization: A burden for the patient? **Neurourology and Urodynamics**. Vol. 28, p. 18–21, Jan. 2009

KUO, H C. Quality of Life after Active Urological Management of Chronic Spinal Cord Injury in Eastern Taiwan. **European Urology**, vol 34, n 1, 1998.

LASPRILLA, J C A, PLAZA, S L O, DREW, A et al. Family needs and psychosocial functioning of caregivers of individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. **NeuroRehabilitation**, n. 37, p. 83-93, 2010.

LAPIDES, J, DIOKNO, A C, SILBER, S J, LOWE, B S. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. **J. Urol.** n. 103, v. 2, p-458-461, 1972.

LEEUWEN VAN, C M C, POST, M W M, ASBECK, F W A. et al. Social Support and Life Satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. **J. Rehabil. Med.** n. 42, p-265-271. 2010.

LEEUWEN VAN, C M C, POST, HOEKSTRA, T et al. Trajectories in the course of life satisfaction after spinal cord injury: identification and predictors. **Arch Phys Med Rehabil.** Vol. 92, p. 207-213, Feb. 2011

LIMA, E D R P, NORMAN, M E, LIMA, A P. Translation and Adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 37, n. 3, p. 258-260, 2005.

MARQUES, A K M C et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência e Saúde Coletiva.** 16 (Supl. 1): 945-955, 2011.

MARTINS, R M L. A relevância do apoio social na velhice. **Rev Millenium.** 2005; 31 :128-134.

MARTINS, G, SOLER, A S G. Perfil dos cuidadores de criança com bexiga neurogênica. **Arq. Ciências da Saúde**, 2008. jan/mar. 15 (1). 13-15. Disponível na internet em: www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol.../IIIIIDDD256.pdf. Acesso em 30/10/2009.

MOREIRA, L R. **A inclusão pelo cuidado:** manual teórico-prático para o cuidado de portadores de deficiência física. Belo Horizonte: PUC Minas, 2001. 110 p.

MOROÓKA, M, FARO, A C M. A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.36, n.4, p. 324-331, 2002.

NATIONAL Spinal Cord Injury Statistical Center. **Spinal Cord Injury Facts Figures at a Glance 2008**. Birmingham, Alabama. Disponível em: <http://www.spinalcord.uab.edu/show.asp?durki=116979>. Acesso em 26/02/2011.

PEREIRA, M E M S M, Araújo, T C C F. Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. **Rev. Psico**, v. 37, n.1, p.37-45, jan-abr 2006.

Perfil geral das internações por causas externas em 2009. Disponível em: www.sarah.br. Acesso em: 09/07/2010.

RIBEIRO J L P. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). **Análise psicológica**. Vol. 3, n. 17, p. 547-558, 1999.

RINTALA, D H et al. Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. **Rehabilitation Psychology**. Vol 37(3), 155-163, 1992.

SABORIT, A R. **Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis** [disertación]. Habana (Cuba): Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.

SAMSON G, CARDENAS, D D. Neurogenic Bladder in Spinal Cord Injury. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**. Vol 18, n 2, 2007, p 255-274.

SEGAL, E S, DEATRICK, J A, HAGELGANS, N A. The determinants of successful self-catheterization programs in children with myelomeningoceles. **J. Pediatr. Nurs.**, Philadelphia, v.10, n.2, p.82-88, Apr. 1995.

SMITH, M et al. **Rehabilitation in adult nursing practise**. London: Churchill Livingstone. 1999. 283 p.

SOMERS, M F. **Spinal cord injury: functional rehabilitation**. 2. ed. New Jersey: Prentice – Hall, 458 p., 2001.

STOVER, S L. Review of forty years of rehabilitation issues in spinal cord injury. **Journal of Spinal Cord Medicine**, v. 18, n. 3, 175-182, 1994.

VALL, J et al. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Rev. Cogitare Enf.** v. 10, n.3, p. 63-70, set/dez 2005.

WELD, K J, ROGER, R, DMOCHOWSKI, R R. Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients. **The Journal of Urology**, Vol 163, n 3, p 768- 772, 2000.

WILDASIN, K. Intermittent cath use declines over time post-SCI. **Urology Times**. v. 33, n 7; pg. 14 -17, 2005.

WILDE, M H, BRASCH, J, ZHANG, Y. A qualitative descriptive study of self-management issues in people with long-term intermittent urinary catheters. **Journal of Advanced Nursing**. p. 1-10, 2011.

WOODBURY, M G, HAYES, K C, ASKES, H K. Intermittent catheterization practices following spinal cord injury: a national survey. **The Canadian Journal of Urology**.v. 15, n. 3. p-4065-4071, 2008.

WORLD Health Organization. **World report on road traffic injury prevention**. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/em/index.html. Acesso em: 20/03/2011.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está convidado(a) a participar da pesquisa O suporte social e a continuidade do cateterismo vesical intermitente, de responsabilidade da pesquisadora Marjoyre Anne Pereira Lindozo, enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Unidade Belo Horizonte e, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar qual a influência do suporte social para a continuidade do cateterismo vesical intermitente, quando do retorno do paciente para o domicílio e quais as possíveis dificuldades que levam a modificações ou mesmo abandono da técnica, favorecendo aos profissionais de saúde conhecer as formas como as pessoas se ajustam e/ou quais as dificuldades por elas encontradas, de maneira que se possa intervir adequadamente. O suporte social é entendido como toda a ajuda vinda de outras pessoas ou grupos de pessoas (Posto de Saúde, Secretaria de Saúde, Associação de Moradores, Igrejas, etc).

Serão respondidos um questionário clínico-epidemiológico e um Inventário de Suporte Social, durante a revisão em equipe, para verificar se houve continuidade, interrupção ou mudanças na técnica de cateterismo urinário.

A participação no estudo é voluntária, não remunerada e, não implicará em custos ao sr.(a) ou a sua família. Sua identidade será mantida em sigilo e será possível sua exclusão do grupo da pesquisa a qualquer momento, caso o deseje. É garantido ainda que não há riscos para seu tratamento com sua participação. Uma cópia deste documento será entregue ao sr (a) e outra será guardada por cinco anos, sob minha responsabilidade.

Eu, _____, portador do RG _____, declaro ter recebido todas as informações sobre objetivos, riscos, benefícios e forma de participação na pesquisa, concordando em participar voluntariamente da mesma.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

Contatos:

Pesquisadoras: Enf. Marjoyre Anne Pereira Lindozo

Av. Amazonas, 5453, Gameleira, Belo Horizonte – MG – 30510-000

Telefone(31) 3379-2600 e-mail: marjoyrelindozo@sarah.br

Prof. Dra. Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120, Belo Horizonte - Minas Gerais – Brasil. CEP.: 30.130-100.

Telefax:(031)3409.9836

SARAH: Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais – Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação. SMHS QUADRA 301 BLOCO B NUMERO 45 - 3º ANDAR - Asa Sul - Brasília/DF - 70.330-150. Telefone: 61 33191515 / 61 33191538. e-mail: comiteeticapesquisa@sarah.br

COEP: Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG (31) 3409 4592

Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 Campus Pampulha - Belo Horizonte, MG – Brasil - 31270-901 e-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Idade: _____ Procedência: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

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

Escolaridade: () analfabeto () alfabetizado

() fundamental incompleto () fundamental completo

() médio incompleto () médio completo

() superior incompleto () superior completo

Ocupação: _____

Empregado () Desempregado () Benefício () Aposentado () Nenhum ()

Nº de membros residentes (adultos ou adolescentes) onde o sr. (a) mora? _____

Renda mensal familiar em salários mínimos (SM):

() <1 SM () 1 SM () 2-4 SM () 5-9 SM () 10 ou mais SM

Diagnóstico Médico da Lesão Medular: _____

() Traumático () Não traumático

Causa: _____

Nível neurológico: _____

Tempo de diagnóstico: _____

APENDICE 3

Regularidade do cateterismo vesical intermitente: () regular () irregular

() 1 vez ao dia () 2 vezes ao dia () 3 vezes ao dia () 4 vezes ao dia

() 6 vezes ao dia () mais que 6 vezes ao dia

Quanto a realização do cateterismo:

() Autocateterismo () Cateterismo assistido

Fez alterações/modificações na técnica do cateterismo vesical?

() sim () não

Qual? _____

Há ajuda financeira para a realização do cateterismo vesical?

() sim () não

Qual? _____

Ganha o material para o cateterismo?

() sim () não

De quem?

Faz uso regular das medicações para a bexiga (anticolinérgicas)?

() sim () não

Ganha as medicações?

() sim () não

De quem?

Há ajuda de outras pessoas para a realização do cateterismo vesical?

() sim () não

De quem? _____

Há dificuldades para manter o cateterismo vesical no domicílio?

() sim () não

Qual/Quais? _____

Teve infecção urinária nos últimos 3 meses?

() sim () não

Quantas vezes? _____

Tem alguma complicação renal ou vesical: () Sim Não ()

Qual? _____

Já apresentou sangramento no canal da urina (uretra)?

() sim () não

Apresenta sensibilidade na passagem da sonda?

() sim () não

Apresenta perdas urinárias nos intervalos?

() sim () não

ANEXO A

INVENTÁRIO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL¹

(SOCIAL SUPPORT NETWORK INVENTORY)²

Liste abaixo todas as pessoas próximas a você, ou que têm provido algum suporte/apoio durante a sua experiência de enfermidade. Por exemplo, membros da família, amigos, vizinhos, médicos, terapeutas, enfermeiros e colegas de trabalho. Qualquer pessoa que fizer parte importante de sua vida neste momento deve entrar na lista, mesmo que você não a veja sempre.

Liste, ainda, grupos aos quais você pertence e que lhe têm fornecido algum suporte/apoio neste momento de enfermidade. Por exemplo, igreja, associações.

Coloque apenas o primeiro nome de cada pessoa em sua lista. Indique o relacionamento desta pessoa para com você no espaço após cada nome. Por exemplo: João, primo; Maria, terapeuta; Brenda, amiga; Wiliam, vizinho; Carolina, mãe, William, tio

LISTA DA REDE SOCIAL

PRIMEIRO NOME	RELACIONAMENTO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¹ Tradução 2005, Elenice D.R.P.Lima

² Copyright 1981, 2007, Joseph A. Flaherty and F. Moises Gaviria

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Da lista acima, por favor escolha 5 pessoas que lhe dão mais suporte/apoio. Se você preferir, pode escolher 4 pessoas e 1 grupo.

Se o apoio que você recebe é de menos de 5 pessoas, liste apenas estas pessoas.

PESSOA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

PESSOA ou GRUPO

5. _____
(por favor mencione o nome do grupo)

Responda agora uma série de 10 questões sobre o suporte que você recebe destas 5 pessoas (ou 4 pessoas e 1 grupo)

Escreva o nome da pessoa no espaço providenciado, e o relacionamento desta pessoa com você.

Se você escolheu 4 pessoas e 1 grupo, use a série de questões nº 5 para indicar o suporte do grupo.

PESSOA #1 _____ RELACIONAMENTO _____

Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:.

1. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?

- A. Uma vez por ano ou menos B. Poucas vezes por ano C. Uma vez por mês D. Uma vez por semana E. Quase todo dia

2. Quanto esta pessoa é disponível para você?

- A. Quase nunca B. Muito pouco C. Algumas vezes D. Muitas vezes E. Sempre

3. Quanto você é chegada a esta pessoa?

- A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.
- B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.
- C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.
- D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.
- E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições

4. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

5. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

6. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

7. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

8. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

9. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?

- A. Nunca B. Quase nunca C. Algumas vezes D. Com frequência E. Sempre

10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?

- A. Não entrei em contato com esta pessoa. B. O apoio não ajudou C. Não senti apoio
D. Senti um pouco de apoio E. Senti muito

Por favor, comente:

ANEXO B (ficha de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Rede Sarah)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa: CONTINUIDADE DO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR E SUPORTE SOCIAL			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) ENFERMAGEM		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) E
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções)			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro : Total: 31		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: MARJOYRE ANNE PEREIRA LINDOZO			
12. Identidade: 29830694-8	13. CPF.: 616.431.493-34	19. Endereço (Rua, n.º): R. Rio de Janeiro 1599, Ap. 1501 Lourdes	21. Cidade: Belo Horizonte
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 30.160-042	22. U.F.: MG
16. Maior Titulação: Especialista	17. Cargo:	23. Fone: (31) 3201-2063	24. Fax:
18. Instituição a que pertence: Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação			25. Email: marjoyre.lilos@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: 08/03/2010</p> <p style="text-align: right;"><i>[Assinatura]</i> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação		29. Endereço (Rua, n.º): Av. Amazonas, 5953, Gameleira	
27. Unidade/Orgão: Belo Horizonte		30. CEP: 30.150-000	31. Cidade: Belo Horizonte
28. Participação Estrangeira: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/>		33. Fone: 3379-2800	34. Fax: :
32. U.F.: MG			
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não <input checked="" type="checkbox"/> Nacional <input checked="" type="checkbox"/> Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução</p> <p>Nome: _____ Cargo: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;"><i>[Assinatura]</i> Assinatura Lúcia Willadino Br. Diretora Executiva e Presidente Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação</p>			
PATROCINADOR			
Não se aplica ()			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
42. UF:			
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: 17/6/10	46. Registro no CEP: 669	47. Conclusão: Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> Data: 15/09/10	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____			
Encaminhamento a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação ()		53. Coordenador/Nome: Dr. Américo Assinatura COEN-UF 21029 - Mat. 200233 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP	
52. Data: ____/____/____		Anexar o parecer substanciado	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :		57. Registro na CONEP:	
55. Processo :			
56. Data Recebimento :			
58. Observações:			

ANEXO C (ficha de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0046.0.203.000-11

**Interessado(a): Profa. Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 20 de abril de 2011, o projeto de pesquisa intitulado **"Continuidade do Cateterismo vesical intermitente em pacientes com lesão medular e suporte social"** e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**