

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

***INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROMOVENDO O  
AUTOCUIDADO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE COM PACIENTES CIRÚRGICOS***

N.Cham. TCC UFSC ENF 0454

Autor: Borba, Camila Brag

Título: Incontinência urinária : promove



972491748 Ac. 241891

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**CAMILA BRAGAMONTE PEREIRA BORBA**

**MARGARETE MARIA DE LIMA**

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0454

Ex.1

Florianópolis (SC), agosto de 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

***INCONTINÊNCIA URINÁRIA: PROMOVENDO O  
AUTOCUIDADO ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE COM PACIENTES CIRÚRGICOS***

Relatório da prática assistencial, apresentado  
a disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada,  
do Curso de Graduação em Enfermagem

**Acadêmicas:** Camila Bragamonte Pereira Borba  
Margarete Maria de Lima

**Orientadora:** Margareth Linhares Martins

**Supervisoras:** Paula Stela Leite – Clínica Cirúrgica II-HU  
Clarice Magalhães Sirzanink – Maternidade Dr. Carlos Côrrea  
Célia Jungbluter Becker – Unidade de Internação Gincelógica HU  
Lígia Dutra Vieira – Unidade de Internação Gincelógica HU

**Terceiro membro da banca:** Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Florianópolis (SC), agosto de 2002

*"A verdadeira medida de um homem  
não é como ele se comporta em  
momentos de conforto e conveniência,  
mas como ele se mantém em  
tempos de controvérsia e desafio".*

*Martin Luther King Jr*

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus que nos guiou em cada passo de nossa caminhada, nos ajudando, dando força e coragem em todos os momentos de nossas vidas.*

*Aos Pais que nas horas mais difíceis nos amaram, nos compreenderam, deram carinho e ajudaram no que foi possível, renunciando de alguns sonhos na esperança de nossa vitória.*

*Aos Nossos Amores, Alexandre e Fernando pelo amor, companheirismo, paciência e compreensão. Amamos Vocês!*

*Ao filho Lucas que mesmo tão pequeno teve que compreender os momentos de ausência, o brilho de seus olhos, seu sorriso e seu carinho muitas vezes me deram força para seguir em frente. Te amo!*

*Aos Colegas de Turma pelos momentos que vivemos, não importa a onde vamos, aproveitamos um pouco de cada um de vocês em toda a parte.*

*A Kelly Regina e Simone que estiveram a nossa lado, compartilhando alegrias e tristezas, nos ajudando a enfrentar os obstáculos, acreditando em nós e em nossos ideais. Agradecemos pelos seus jeitos especiais e amizade verdadeira.*

*A Margarete Lima e Família por me acolherem e me ajudarem nesta conquista.*

*A Nossa Orientadora Margareth Linhares Martins pelo incentivo, apoio, disponibilidade e amizade. Beijos das "filhotas".*

*A Enfermeira, Paula Stela Leite, pelo estímulo, dedicação e contribuição no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada!*

*As Supervisoras pela oportunidade oferecida contribuindo na realização deste trabalho.*

*A Professora Denise Guerreiro pela colaboração nesta etapa e no decorrer do curso.*

*A Equipe de Enfermagem pela participação nesta conquista.*

*Aos Pacientes que interagimos durante a prática assistencial, agradecemos pela disponibilidade, aprendizado e confiança.*

## ***RESUMO***

Trata do relatório da prática assistencial apresentado a disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A prática foi realizada durante o primeiro semestre de 2002, nas unidades de internação cirúrgica II e internação ginecológica do Hospital Universitário e na Maternidade Dr. Carlos Corrêa em Florianópolis – Santa Catarina. Objetiva prestar assistência de enfermagem no período pré e pós operatório a pacientes submetidos a cirurgia para correção de incontinência urinária e a seus familiares, com enfoque na promoção do autocuidado através da educação em saúde. Utiliza como Marco Conceitual a teoria de enfermagem de Dorothea E. Orem e alguns preceitos de Paulo Freire. Aborda os conceitos de ser humano, meio ambiente, saúde, enfermagem e educação. O modelo de processo de enfermagem, aplicado a cinco pacientes, é composto por três passos: diagnóstico e prescrição de enfermagem, projeção e planejamento do sistema de enfermagem, produção e gerenciamento do sistema de enfermagem. Apresenta uma ampla revisão de literatura. Mostra a vivência com indivíduos incontinentes e a dimensão que a incontinência urinária pode ter sobre suas vidas. Relata as atividades administrativas e assistenciais desenvolvidas pelas acadêmicas. Conclui que para prestar uma assistência interdisciplinar e de qualidade é necessário que os profissionais de saúde adquiram e aprimorem conhecimentos acerca da incontinência urinária, relacionem a teoria com a prática e troquem conhecimentos entre pacientes, familiares e equipe de saúde.

## ***SUMÁRIO***

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 Objetivo Geral .....	11
2.2 Objetivos específicos .....	11
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	12
3.1 Incontinência Urinária .....	12
3.2 Anatomia .....	14
3.3 Neuroanatomia .....	15
3.4 Neurofisiologia da micção .....	17
3.5 Classificação da Incontinência Urinária .....	19
3.6 Tratamento não Cirúrgico e Cirúrgico .....	21
3.7 Enfermagem perioperatória .....	29
3.7.1 Assistência Pré Operatória .....	29
3.7.2 Assistência Pós – Operatória .....	32
<b>4 MARCO CONCEITUAL</b> .....	40
4.1 Conhecendo a autora e a Teoria do Autocuidado .....	40
4.2 Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea E. Orem .....	41
4.3 Conhecendo Paulo Freire .....	43
4.4 Pressupostos.....	43
4.5 Conceitos .....	45
<b>METODOLOGIA</b> .....	49
5.1 Contextualização do Local de Estágio .....	49
5.2 População Alvo .....	50

5.3 Processo de Enfermagem .....	50
5.4 Objetivos e Estratégias .....	53
<b>6 APRESENTANDO E REFLETINDO OS OBJETIVOS PROPOSTOS.....</b>	<b>56</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>8 REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....</b>	<b>84</b>
<b>9 ANEXOS.....</b>	<b>88</b>



## ***1 INTRODUÇÃO***

Este trabalho foi elaborado durante a disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Refere-se ao relatório da prática assistencial com indivíduos nos períodos pré e pós operatório submetidos a cirurgia para correção de incontinência urinária (I.U.), e a seus familiares.

Desenvolvemos nossa prática assistencial na Maternidade Dr. Carlos Corrêa, na Clínica Cirúrgica II e na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário (HU) no período de 12 de junho à 09 de agosto de 2002.

A escolha desses locais para a realização do estágio foi devido a encontrarmos indivíduos que vivenciam o ato cirúrgico para correção de I.U., o que inevitavelmente nos permitiu prestar assistência de enfermagem nos períodos pré e pós operatório, enfocando o autocuidado através da educação.

A idéia inicial surgiu durante o estágio remunerado de uma das acadêmicas na unidade de urodinâmica numa clínica de Florianópolis. O contato diário e relatos de pacientes com distúrbios urinários a fez perceber a vergonha e a dificuldade de alguns de lidarem com o problema, isolando-se socialmente e frequentemente tendo sua auto-estima e auto-imagem prejudicada. A preocupação da maioria deles era sobre a necessidade de realizar ou não cirurgia. Alguns reagem de forma confiante, percebendo o ato cirúrgico como solução para o problema e outras sentiam-se desconfortáveis com esta possibilidade.

A estimativa da prevalência destes sintomas angustiantes é comprometida pela relutância das pessoas em admitir a incontinência urinária, aceitando-a como parte integrante do seu dia a dia sem procurar auxílio de profissionais de saúde. Além disso, os critérios utilizados para a avaliação da incontinência urinária, em termos de método diagnóstico e gravidade da perda de urina também tornam a estimativa variável. Em geral, as mulheres sofrem mais comumente de que os homens e a prevalência também aumenta com o avançar

da idade, nos pacientes mais idosos a incontinência é em torno de 40% (ADIS INTERNATIONAL, 1998).

Diante disso, buscamos na literatura subsídios para compreendermos os aspectos físicos, psicológicos e sociais que envolvem estes indivíduos. Para nossa surpresa encontramos uma enorme carência de estudos a respeito do tema, principalmente na área de enfermagem médico-cirúrgica. A dificuldade em encontrar material bibliográfico nos motivou a estudar e escrever sobre o assunto, pois percebemos o quanto seria importante para a enfermagem um trabalho sobre I.U., onde posteriormente servirá como fonte de pesquisa para acadêmicos e profissionais.

Atualmente vem crescendo o número de profissionais interessados no assunto. No HU está em fase de estruturação o grupo de incontinência urinária, com uma equipe multidisciplinar, onde a coordenadora do grupo é uma enfermeira. A oportunidade de participarmos do grupo, juntamente com o entusiasmo das supervisoras e da orientadora, foram fatores que também contribuíram para a construção deste relatório.

Todos os profissionais de enfermagem lidam com a I.U. em momentos de sua carreira e no entanto, alguns desconhecem suas causas e seu controle. Cuidar do paciente não é apenas deixá-lo limpo e confortável, é preciso ir além, ter a responsabilidade para com eles e suas famílias tanto na promoção da continência quanto para o controle da incontinência.

O enfermeiro através da educação pode desenvolver uma abordagem mais positiva entre os profissionais de saúde, familiares e amigos, motivando-os a apoiar o autocuidado e a reintegração social do paciente. Para que haja maior interação e melhor qualidade na assistência prestada é necessário ter conhecimento e entendimento da perda urinária, dos tipos de tratamento (cirúrgico, conservador e farmacológico) e do impacto sobre a vida das pessoas. Desta forma, o enfermeiro poderá ajudar os pacientes e suas famílias a tomarem decisões informadas sobre as opções de tratamento que venham a corresponder suas expectativas.

Considerando que o tratamento cirúrgico cria grandes esperanças de cura nos pacientes/familiares e que este não oferece 100% de resultados efetivos, é de fundamental importância que o enfermeiro permita que o paciente expresse seus sentimentos, apoiando-o e orientando-o que a continência poderá não ocorrer de forma imediata, mas a longo prazo, permitindo assim, que este fato não seja encarado como um insucesso cirúrgico, exacerbando ainda mais seus sentimentos.

Para desenvolver este trabalho procuramos uma teoria que estivesse relacionada ao processo de aprendizagem e desenvolvimento do autocuidado, optamos então, pela teoria de

enfermagem de Dorothea Orem e alguns preceitos de educação de Paulo Freire. Orem acredita que os seres humanos são capazes de aprender e desenvolver o autocuidado, tanto em seu próprio benefício como para outros, promovendo a saúde e o bem estar. Para ela, a enfermagem contribui para o desenvolvimento do autocuidado, pois orienta e/ou auxilia o paciente a autocuidar-se, ou realiza o cuidado quando este está impossibilitado de fazê-lo. Para que o indivíduo aprenda e execute as medidas de autocuidado é necessário a educação que, para Paulo Freire, deve ser uma relação horizontal, respeitando os educandos não somente como indivíduos, mas também como expressões de uma prática social, escutando suas urgências e opções.

Acreditamos que a I.U. constitui um grande desafio para a enfermagem, onde a conscientização dos profissionais de saúde e o conhecimento em relação as alternativas de tratamento deve ser o primeiro passo para vencer este desafio.

Apresentaremos a seguir o relatório de nossa prática assistencial, acreditando que a sua implementação possa contribuir para a construção de conhecimentos e para a melhoria da qualidade de assistência de enfermagem prestada ao indivíduo incontinente.

## ***2 OBJETIVOS***

### **2.1 Objetivo Geral**

Prestar assistência de enfermagem no período pré e pós operatório à pacientes submetidos a cirurgia para correção de Incontinência Urinária, internados na Maternidade Dr. Carlos Corrêa, na clínica cirúrgica II e unidade de internação ginecológica do Hospital Universitário (HU), e a seus familiares, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem e em preceitos Paulo Freire.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a literatura sobre a Incontinência Urinária e suas formas de tratamento, assim como a assistência de enfermagem ao paciente submetido a cirurgia para correção.
2. Ampliar nossos conhecimentos em relação a teoria de enfermagem de Dorothea Orem e o enfoque de Paulo Freire.
3. Cuidar de pacientes com Incontinência Urinária no pré e pós operatório.
4. Assistir duas técnicas cirúrgicas diferentes para correção de Incontinência Urinária.
5. Participar de atividades que integram assistência, ensino e pesquisa à pessoas com incontinência.
6. Desenvolver atividades voltadas para o gerenciamento da assistência na clínica cirúrgica II do HU.
7. Promover e estimular a interação dos funcionários com as acadêmicas.

### ***3 REVISÃO DA LITERATURA***

Com o intuito de compreender e ajudar o indivíduo com incontinência urinária buscamos subsídios teóricos para a realização de nossa prática assistencial. A seguir abordaremos assuntos relacionados ao tema, alternativas de tratamento, anatomia, neuroanatomia e neurofisiologia do trato urinário inferior e a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico com incontinência urinária.

#### **3.1 Incontinência Urinária**

Segundo a Sociedade Internacional de Continência (SIC) a incontinência urinária é a perda involuntária de urina que determina desconforto social ou higiênico, podendo ser demonstrável de modo objetivo. Os termos social e higiênico refletem a intensidade deste quadro que varia entre as sociedades e entre pessoas. A perda de urina através de outras vias que não a uretral é considerada como incontinência extra uretral, como as fistulas vésico-vaginal e uretro-vaginal (HALBE, 1994).

Quando a pressão na bexiga involuntariamente excede a pressão dentro da uretra ocorre a incontinência urinária. A perda da urina pode ocorrer devido a contrações não inibidas do detrusor; relaxamento do esfíncter uretral ou a incompetência do mecanismo de fechamento uretral (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995).

O problema da incontinência urinária atinge grandes proporções. Calcula-se que esse distúrbio contribui para a internação de até 50% a 60% das pacientes que moram em casas de repouso, já que tornou muito difícil para as famílias continuar cuidando do paciente em casa. Vários relatos indicam que, somente entre a população com mais de 60 anos de idade, de 20% a 30% são portadores de incontinência urinária e moram em casa. Quase 20% dos jovens no meio da adolescência apresentam episódios de incontinência urinária. Atualmente, a incontinência urinária de esforço constitui um problema socialmente embaraçoso para as mulheres. A prostatectomia continua sendo uma das principais causas de incontinência nos homens (URONEWS, 1998, p. 1)

De acordo com D'Ancona & Rodrigues Netto Júnior (1995) a causa mais freqüente de incontinência urinária pós prostatectomia é a lesão iatrogênica da área esfínteriana, sendo mais observada na ressecção transuretral da próstata (RTU-P). Um estudo prospectivo randomizado entre prostatectomia aberta e RTU-P demonstrou que aproximadamente 50% apresentaram incontinência no período da alta hospitalar, em ambos os grupos. A duração média da incontinência foi de quatro semanas no grupo de prostatectomia aberta e de dez semanas no grupo de RTU-P.

Mas nem sempre a prostatectomia representa a causa de incontinência urinária, homens com Hiperplasia Prostática Benigna também estão propensos a hipercontratibilidade detrusora e sintomas irritativos e obstrutivos do trato urinário inferior (GLASHAN; LELIS, 2001).

A incontinência urinária é uma condição comum observada em mulheres de todas as idades, muitos admitem que a diminuição do estrógeno circulante, que começa antes da menopausa, e continua diminuindo por vários anos, leva à atrofia urogenital podendo aumentar de acordo com vários fatores como peso, histerectomia e paridade (D'ANCONA; RODRIGUEUS NETTO JÚNIOR, 1995). Não faz parte do processo normal do envelhecimento, mas as alterações relacionadas à idade fazem com que indivíduos mais idosos tenham predisposição a incontinência. Estas alterações incluem lesões anatômicas ou fisiológicas ao trato urinário e distúrbios sistêmicos comuns à população mais idosa (RESNICK; NOVICK, 1996).

Não é possível negar que com a idade a capacidade vesical diminui e a prevalência de contrações involuntárias da bexiga aumenta, além disso, mais urina é produzida a noite. A redução na capacidade da bexiga e o aumento de contrações involuntárias da mesma podem propiciar a urgência miccional. Mulheres idosas que não fazem reposição hormonal estrogênica podem apresentar alterações do tônus muscular uretral e conseqüentemente, virem a desenvolver a incontinência urinária (MCDOWELL; BURGIO; LOCHER et al, apud GLASHAN; LELIS, 2001, p.19).

A qualidade de vida dos indivíduos é afetada pela incontinência urinária, levando a problemas sociais, psicológicos, ocupacionais, domésticos, físicos e sexuais (ADIS INTERNATIONAL, 1998). Por medo de que ocorra perda de urina em locais indesejados as pessoas incontinentes deixam de realizar atividades, ficam em casa ou saem para lugares perto de casa para evitar situações embaraçosas (URONEWS, 1998).

Um dos sintomas mais desagradáveis e angustiantes que um indivíduo pode sofrer é a perda de urina. As pessoas afetadas geralmente sentem-se constrangidas, envergonhadas e sozinhas. Tais sentimentos são freqüentemente validados pelas reações da sociedade, família e

amigos. Pessoas incontinentes freqüentemente optam por se esconder ou disfarçar seu problema, negando a existência deste para si próprias, para enfermeiros e outros profissionais de saúde (JETER; FALLER; NORTON, 1990).

O ambiente em que o indivíduo está inserido influencia na habilidade de enfrentar e resolver o problema, o apoio dos amigos e da família podem dar a assistência necessária e o encorajamento quando uma pessoa enfrenta uma crise ou estressor crônico tal como a incontinência. A presença desta pode romper toda a rede social/familiar ou íntima. Fatores de estresse tais como terem que lavar roupas em caráter extraordinário, temor quanto ao controle da incontinência em público e a condição desagradável da fuga urinária podem colocar tensão significativa nos relacionamentos dentro da família ou da sociedade. Famílias podem sentir-se aprisionadas dentro do seu lar por causa do temor em controlar a fuga urinária de seu parente quando estão em ambientes pouco familiares. Muitos tem medo de convidar amigos para sua casa por causa do constrangimento causado pelo odor da urina. Estes problemas podem levar a crises agudas, dificuldades conjugais, relacionamentos sexuais alterados, ou a recusa em participar do cuidado de uma pessoa incontinente (JETER; FALLER; NORTON, 1990).

As atitudes das enfermeiras para com os pacientes incontinentes deveriam demonstrar que elas não vêem a incontinência como um estigma, mas sim como sintoma de uma condição subjacente. A culpa, a vergonha e o embaraço de muitas pessoas incontinentes (e também dos seus parentes) pode ser diminuída pelos cuidadores que tratam os pacientes com respeito. Isto é vital porque tantas pessoas incontinentes podem perder o seu amor próprio e sua confiança que acabam ficando pessimistas sobre as possibilidades de melhora. As enfermeiras deveriam sentir-se confortáveis ao discutirem detalhes íntimos caso os pacientes expressem seus temores e preocupações. As que desenvolvem uma relação estreita e de confiança com os pacientes estão numa melhor posição para abordar seus problemas e ajudar nas suas necessidades (JETER; FALLER; NORTON, 1990).

Para que a enfermeira possa apoiar, compreender e prestar uma assistência de qualidade aos pacientes com incontinência urinária, é necessário que conheça os mecanismos envolvidos neste distúrbio.

### **3.2 Anatomia**

O trato urinário é formado pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Para relacionarmos a incontinência urinária abordaremos apenas o trato urinário inferior que compreende a bexiga e uretra. A bexiga é uma bolsa ôca responsável pelo armazenamento de urina. A parede da bexiga é composta por três camadas: serosa, muscular e mucosa. A camada serosa envolve somente a cúpula da bexiga. A muscular, chamada de músculo detrusor consiste em três camadas de músculo liso, longitudinal externo, circular média e longitudinal interna, arranjadas de tal forma que possam se contrair por ocasião da micção. A base ou parede posterior da bexiga é mais densa e tem distribuição mais circular, tendo fibras que se orientam em direção a uretra. Acredita-se que o arranjo muscular aqui seja de tal modo a produzir um efeito de funil por ocasião da micção. Na base da bexiga há uma área triangular lisa, chamada de trígono, delimitado pelos óstios uretéricos e óstio uretral. As três camadas musculares se convergem produzindo um espessamento que forma o denominado colo vesical. (HAMILTON, 1982)

A uretra é formada por tecido conectivo entremeado por fibras musculares lisas e estriadas que acabam por formar o complexo esfíncteriano. O músculo liso é innervado por fibras parassimpáticas de S2 a S4 e o músculo estriado pelo nervo pudendo. As estruturas que dão suporte a região parauretral são os músculos elevadores e também o ligamento pubo uretral. Em ambos os sexos, a musculatura lisa tem duas camadas a partir do colo vesical. A camada interna é composta de fibras longitudinais que se contraem no início da micção, diminuindo o tamanho da uretra. A camada externa é constituída de fibras musculares com arranjos circular e oblíquo que tem ação no mecanismo esfíncteriano, isto é, participam do fechamento da uretra e do colo vesical (esfíncter interno ou liso). O esfíncter interno localiza-se na junção da uretra com a bexiga. O esfíncter externo é constituído de fibras musculares estriadas dispostas circularmente, situadas entre as camadas da fáscia do diafragma urogenital e é suprido pelo nervo pudendo. Este esfíncter permite a cessação voluntária da micção. (HAMILTON, 1982)

### **3.3 Neuroanatomia**

A revisão que se apresenta é de acordo com D'Ancona & Rodrigues Netto Júnior (1995). O estudo da neuroanatomia da bexiga deve incluir os esfíncteres retrais interno e externo, que constituem a unidade morfofuncional responsável pelas funções vesicais de armazenamento e esvaziamento. A bexiga possui inervação motora autonômica mista,



simpática e parassimpática, que atuam de forma antagônica no mecanismo da micção. Paralelamente possui inervação somática sensitivo-motora, responsável pelo controle central da micção agindo sobre o esfíncter uretral externo, que é constituído de musculatura estriada.

As vias aferentes vesicais dividem-se basicamente em dois grupos: aquelas relacionadas a dor ( nociceptivas, responsáveis pela sensibilidade somática ) e as relacionadas à percepção consciente da distensão vesical ( sensibilidade proprioceptiva ).

As fibras nociceptivas são estimuladas por espasmo do detrusor e do esfíncter interno e por processos irritativos de natureza físico-química relacionados com a presença de cálculos vesicais e processos inflamatórios, entre outros. Seguem juntamente com as fibras motoras simpáticas e parassimpáticas, com predomínio nestas últimas, através dos nervos hipogástricos que penetram na medula espinhal. Agrupam-se nos tratos espinotalâmicos laterais no funículo medular lateral, prosseguindo até a ponte onde é integrada, e em seguida até o encéfalo ,onde a sensação dolorosa torna-se consciente.

Fibras proprioceptivas são relacionadas a percepção da distensão vesical. Acredita-se que estas fibras seguem após a origem do músculo detrusor através do plexo hipogástrico até o gânglio simpático lombar superior de onde continuam terminando nos seguimentos T9 à L12 da medula espinhal. Nesta, prosseguem no funículo medular posterior através do fascículo grácil, sendo integradas a nível encefálico . Na sensação de distensão vesical pode haver participação do peritônio visceral que recobre a superfície dorsal da bexiga.

Na integração central dos estímulos vesicais ,deve-se considerar dois pontos distintos: a integração encefálica e ao nível medular. O córtex cerebral relaciona-se ao início voluntário da micção e interrupção através da contração do esfíncter externo. As respostas autonômicas geralmente acompanham-se de alterações da atividade elétrica cortical, sobretudo aquelas relacionadas a algum componente emocional. A função vesical pode alterar-se após lesões ao nível do trato piramidal, como nos infartos cerebrais isquêmicos ao nível da cápsula interna. Nessa situação, é comum o desenvolvimento de incontinência urinária acompanhada de hesitação e gotejamento terminal. Os estudos a partir da estimulação vesical e do nervo pudendo determinaram que a área cortical normalmente relacionada ao controle consciente da micção é representada pelo giro paracentral do lobo frontal. A presença de processos expansivos, lesão isquêmica ou traumática desta região relaciona-se normalmente a hiperreflexia do detrusor.

O cerebelo relaciona-se diretamente com a coordenação motora . Na micção, admite-se a participação na manutenção do tônus periuretral e do assoalho pélvico, no controle

supressivo dos estímulos miccionais ao nível da ponte, com possível participação na coordenação entre a contração do detrusor e relaxamento da musculatura estriada periuretral.

A relação da porção caudal do núcleo dorso-lateral da ponte com a micção, também denominado núcleo detrusor, representa o principal centro do tronco encefálico responsável pelo controle motor da micção, integrando as informações dos níveis superiores, as quais em seguida serão transmitidas aos centros medulares simpáticos e parassimpáticos através do tracto retículo-espinhal.

O sistema nervoso autônomo, responsável pela inervação motora visceral, possui dois componentes: o sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático. Na realidade, observa-se que próximo às vísceras, torna-se difícil a distinção entre as fibras simpáticas e parassimpáticas. Desta forma, os plexos viscerais tem composição mista, constituídos de fibras simpáticas, na maioria pós ganglionares, fibras parassimpáticas pré e pós ganglionares, além de gânglios parassimpáticos e gânglios pré vertebrais simpáticos.

Nas vias motoras simpáticas os impulsos determinam a contração do esfíncter interno e vasoconstricção. Admite-se que podem exercer função inibidora durante a fase de enchimento vesical. A contração do esfíncter interno relacionada a ejaculação também é determinada por esta via.

As fibras parassimpáticas pré ganglionares responsáveis pela inervação vesical originam-se de neurônios nos níveis S2 a S4 da medula espinhal. 74% deles localizados no seguimento medular S2, correspondendo ao principal centro medular da micção. As fibras destas raízes agrupam-se nos nervos esplâncnicos pélvicos chegando até o plexo hipogástrico. As fibras pós ganglionares, por sua vez, estabelecem contato principalmente com o músculo detrusor.

Nas vias motoras somáticas o esfíncter uretral externo é innervado por fibras originadas nas raízes anteriores dos segmentos medulares S2 a S4, agrupadas no nervo pudendo. Embora sob controle voluntário, a atividade normalmente é coordenada com a da musculatura lisa vesical.

### **3.4 Neurofisiologia da micção**

O fenômeno de enchimento e esvaziamento resulta de um movimento de reversão de gradientes de pressão entre a bexiga e a uretra. Na fase de enchimento vesical, ou seja, no intervalo entre as micções, a variação de pressão no interior da bexiga é muito pouco significativa enquanto que na uretral ela é importante, isto garante o fenômeno da continência,

que se apoia em dois valores de tónus diferentes: o tónus da região esfíncteriana que aumenta a medida em que a bexiga vai se tornando repleta e o da bexiga que se mantém praticamente inalterada, adaptando-se de maneira admirável a esse fenômeno. Na fase de esvaziamento ou micção, o fenômeno se inverte e a pressão na região esfíncteriana desaparece enquanto a bexiga tem o seu tónus e conseqüentemente seu gradiente de pressão elevado a fim de que possa ocorrer a expulsão completa da urina e com isso completar-se o fenômeno da micção. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

De acordo com Girão; Lima; Baracat (1997), diversos fenômenos neurológicos estão envolvidos na micção, são divididos em alguns setores chamados de alças ou circuitos:

**Circuito I** : Este circuito conecta a córtex do lobo central à formação reticular pontino mesencefálica do tronco cerebral, possibilitando o controle voluntário do detrusor.

**Circuito II** : Tem origem na substância reticular e termina no centro sacral da micção. É responsável por manter a contração do detrusor por tempo suficiente para o completo esvaziamento vesical.

**Circuito III** : Circuito que interliga o detrusor ao centro sacral e este ao sistema esfíncteriano uretral. Coordena a sincronia entre a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter uretral e vice-versa.

**Circuito IV** : É formada pela comunicação entre o córtex e o centro sacral da micção. Tem como função o controle voluntário do esfíncter externo da uretra.

### 3.4.1 Micção

A função vesical pode ser dividida em duas fases distintas: a fase de enchimento e a fase de esvaziamento. Na fase de enchimento observa-se que a bexiga é capaz de receber volumes crescentes de urina sem que hajam modificações importantes no seu gradiente interno de pressão. Este fenômeno deve-se às propriedades visco-elásticas da parede da bexiga que fazem com que as variações de pressão sejam mínimas. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

Ao estudar-se a inervação do complexo véscico-uretral, constata-se que a base da bexiga e a uretra posterior são ricas em terminações simpáticas tipo alfa, enquanto o corpo e especialmente a cúpula contêm número mais significativo de terminações parassimpáticas e um número relativamente escasso de terminações simpáticas tipo beta. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

Podemos dizer que a fase de enchimento é uma manifestação eminentemente simpática onde o estímulo às terminações alfa-adrenérgicas localizadas no complexo esfíncteriano faz com que a pressão a esse nível mantenha-se elevada e assim propicie a continência. Por outro lado, a estimulação das terminações tipo beta localizadas no corpo da bexiga contribuiriam para a manutenção de um gradiente de pressão. Embora seja o corpo vesical rico em terminações parassimpáticas acredita-se que não haja envolvimento nesta fase deste segmento do sistema nervoso autônomo. Atingida a plenitude da fase de enchimento, chega-se ao desejo de urinar. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

A fase de esvaziamento pode ser considerada como um acontecimento primordialmente parassimpático. Atingida a fase de plenitude vesical, um estímulo é enviado através das vias parassimpáticas aferentes ( nervo pélvico ) até os centros cerebrais superiores onde é analisado e enviado de volta a bexiga através de fibras parassimpáticas eferentes. Em consequência aumenta a pressão intra-vesical ao mesmo tempo em que os sistemas simpático e somático , através do fenômeno inibitório , promovem o relaxamento do assoalho pélvico e região esfíncteriana. A continência ou controle de urina existe à partir do momento em que a pressão intrauretral excede aquela no interior da bexiga. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

### 3.5 Classificação da Incontinência Urinária

De acordo com D'Ancona & Rodrigues Netto Júnior (1995) a incontinência urinária pode ser classificada de acordo com diversos critérios como: idade, sexo, etiologia ou pelo estudo urodinâmico. A classificação que se apresenta é da Sociedade Internacional de Continência (ICS), baseia-se nos sintomas e em alguns parâmetros urodinâmicos:

- **Incontinência Urinária de Esforço ( I.U.E. )** : Caracteriza-se por perda de urina durante o esforço (tosse, espirro), devido ao aumento da pressão intra abdominal.
- **Incontinência por Urgência** : Ocorre forte desejo miccional acompanhado de perda urinária. O volume da perda urinária depende da habilidade da paciente contrair o esfíncter uretral voluntário e o assoalho pélvico. A perda varia de algumas gotas até todo o volume vesical.

- **Incontinência Reflexa:** O paciente não apresenta desejo miccional. Ocorre em pessoas com lesão neurológica evidente (paraplegia, tetraplegia e outras).
- **Incontinência por Transbordamento :** Ocorre quando a bexiga está cheia, muitas vezes palpável, e o aumento passivo da pressão vesical provoca perda de urina.
- **Incontinência Paradoxal :** É observada quando a paciente apresenta fator obstrutivo

Ainda segundo o autor acima citado, as causas de incontinência urinária podem ser divididas em fatores relacionados à disfunção uretral ( hiper mobilidade da uretra, insuficiência intrínseca do esfíncter ) e/ou vesical ( instabilidade vesical, hiperreflexia do detrusor, incontinência por transbordamento, incontinência paradoxal e baixa complacência ).

A Incontinência Urinária de Esforço pode ser causada por alteração funcional da uretra, tendo como causa a hiper mobilidade do colo vesical e a disfunção uretral intrínseca. A hiper mobilidade da uretra é a causa mais freqüente, atingindo 90% dos casos. Durante a tosse ou aumento importante da pressão abdominal ocorre a hiper mobilidade da uretra e da base vesical. A hiper mobilidade ocorre devido ao enfraquecimento das estruturas de suporte periuretrais de sustentação da uretra e bexiga. A perda de urina ocorre quando a uretra sai de sua posição normal (retropúbica), devido ao aumento da pressão intra abdominal, ocorrendo um desequilíbrio entre a pressão da bexiga e uretra. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

Insuficiência intrínseca do esfíncter (disfunção uretral intrínseca): uretra consiste de um tecido vascular esponjoso revestido por uma camada muscular e fibras elásticas. Funcionalmente essa estrutura promove a coaptação da mucosa uretral, executando o mecanismo de “selo d'água”. Este sistema está sob controle hormonal e, a diminuição de estrógeno causa atrofia e substituição do tecido esponjoso por tecido fibroso. Múltiplas cirurgias, trauma e doenças neurológica podem afetar a perfeita coaptação da uretra. A incontinência urinária devido à insuficiência do esfíncter ocorre quando esse mecanismo não funciona. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

Nas disfunções vesicais, a instabilidade vesical apresenta como sintomas a urgência e a incontinência. Pode estar relacionada com corpo estranho intravesical, neoplasia da bexiga e infecção urinária, e muitas vezes a causa é desconhecida. É uma causa freqüente de incontinência urinária adquirindo maior importância na paciente idosa. Quando está presente

em jovens pode ser um sinal inicial de doença neurológica, como a esclerose múltipla. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

Na Hiperreflexia do detrusor o paciente apresenta lesão neurológica evidente e geralmente ausência de sensibilidade vesical. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

Já a incontinência por transbordamento ocorre em pacientes com lesão do neurônio aferente, como no caso do Diabetes Mellitus, onde os doentes acometidos desenvolvem gradualmente grande resíduo urinário. A incontinência ocorre no limite da distensibilidade viscoelástica da bexiga, geralmente o resíduo urinário é maior que 800ml. O cateterismo intermitente limpo é uma técnica que pode beneficiar estes pacientes. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

A Incontinência Paradoxal pode ser funcional ou anatômica. A causa funcional é conseqüente à dissinergia detrusor-esfincteriana decorrente de lesão neurológica. A anatômica está relacionada à cirurgia para correção da I.U.E., devido à hipercorreção da posição do colo vesical ou quando a sutura é posicionada na metade da uretra. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

A complacência vesical reflete a propriedade de conter um determinado volume com baixa pressão. As causas mais comuns de alteração da complacência são a enervação da complacência durante a histerectomia radical, ressecção abdominal perineal, radioterapia, cistite intersticial, lesões das raízes sacra e infrasacrais. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

A pressão intravesical deve ser baixa para que a urina possa vazar pelos ureteres até a bexiga; simultaneamente, a pressão intravesical precisa ser menor que a pressão uretral durante a fase de enchimento, caso contrário ocorrerá incontinência (URONEWS, 1998, p. 5).

### **3. 6 Tratamento não Cirúrgico e Cirúrgico**

Na literatura encontramos várias alternativas de tratamento para a incontinência urinária, como o tratamento farmacológico, o conservador e o cirúrgico. Segundo D'Ancona; Rodrigues Netto Júnior (1995), o objetivo principal do tratamento é produzir alívio sintomático de acordo com o nível de expectativa do paciente. Para alguns significa a cura completa da incontinência, para outros, a redução do número e tipo de absorvente poderá ser suficiente. O tratamento é dirigido para a condição que causa a incontinência; seja uma anormalidade esfincteriana, do detrusor, ou combinação de ambas.

A seguir faremos uma breve revisão do tratamento, enfocando de forma mais detalhada o tratamento cirúrgico, pois nossa prática assistencial ocorrerá com pacientes cirúrgicos.

A **farmacoterapia** é a principal opção de tratamento em paciente com bexiga hiperativa e encontramos uma gama de medicamentos disponíveis atualmente. Entretanto, enquanto alguns são eficazes, seu uso é freqüentemente limitado em virtude de suas propriedades farmacocinéticas ou em virtude de seus efeitos colaterais (ADIS INTERNATIONAL, 1998).

O trato urinário inferior apresenta como funções básicas o armazenamento e o esvaziamento de urina. Considerando-se que a perda urinária ocorre sempre que a pressão intravesical ultrapassa a pressão intrauretral, o mecanismo básico de ação das drogas está relacionado à diminuição da contratilidade vesical ou ao aumento da resistência uretral. (PALMA, 2000).

Segundo Uronews (1998), as drogas apresentadas a seguir são úteis no tratamento da urge-incontinência e incontinência reflexa por instabilidade.

O brometo de propantelina possui importante efeito antimuscarínico sobre o trato urinário inferior. Os efeitos colaterais mais comuns são a secura na boca pela diminuição da secreção salivar, aumento da freqüência cardíaca por bloqueio vagal e turvação visual com aumento da pressão intra-ocular. Outros efeitos colaterais são: constipação e tonturas.

O cloridrato de oxibutinina é a droga de escolha utilizada atualmente para o tratamento da instabilidade vesical, possuindo intensa atividade relaxante muscular associada a efeito anticolinérgico. Os efeitos colaterais são semelhantes a Propantelina.

A tolterodina representa um grande avanço no tratamento da hiperatividade vesical, por necessitar de doses menores e apresentar efeitos colaterais menos intensos que as outras drogas desta categoria.

O antidepressivos tricíclicos representados pela Imipramina, tem demonstrado ser uma excelente coadjuvante à ação das drogas anticolinérgicas. Clinicamente a Imipramina parece ser efetiva por determinar a diminuição da contratilidade vesical associada a aumento da resistência uretral.

O tratamento conservador vem ganhando realce nos últimos anos em face da melhora dos resultados e dos baixos efeitos colaterais. Pode-se subdividi-lo em várias modalidades: exercícios perineais, técnicas comportamentais ou de “biofeedback”, pressários vaginais, eletroestimulação e obturadores uretrais (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997).

Os exercícios perineais foram introduzidos por Kegel em 1948, visando fortalecer a musculatura pubococcígea e restaurar a continência (INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY. COMMITTEE OF STANDARDIZATION OF TERMINOLOGY apud GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997). Diversas técnicas foram descritas desde os anos 50. Devem ser sempre recomendados, inclusive como adjuvantes às outras formas de tratamento (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997).

Podem-se ensinar exercícios específicos para que o paciente interrompa o jato urinário no meio da micção, resultando na compressão sobre os músculos que envolvem a vagina e o períneo. O exercício consiste numa ação compressão-manutenção-relaxamento repetido num período de 15 minutos, várias vezes ao dia (BEREK; ADASHI; HILARD, 1990).

Nos casos de graus leves de incontinência urinária, esses exercícios podem mostrar-se benéficos, embora sejam necessárias vários meses para se avaliar uma melhora significativa. Para a incontinência acentuada, esses exercícios não tem probabilidade de produzir um resultado satisfatório (BEREK; ADASHI; HILARD, 1990).

A terapia comportamental e o biofeedback tem como objetivo melhorar os sintomas urinários, através da conscientização da paciente (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997). A técnica comportamental pode ser aplicada a todos os tipos de incontinência uretral, utilizando-se a modificação do comportamento, como a alteração do tempo e volume de micção pela mudança no intervalo entre elas, e alteração na ingestão de líquidos (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

O biofeedback é uma técnica desenvolvida para auxiliar a paciente a conseguir controlar o músculo esfíncteriano e controlar o detrusor. A maioria dos equipamentos existentes possui um sensor eletrônico que é introduzido na vagina para registrar a atividade dos músculos pélvicos e os eletrodos são fixados na parede abdominal para monitorizar sua atividade e informar se esta musculatura está relaxada (PALMA, 2000).

As sessões são realizadas duas vezes por semana. Os índices de sucesso para este tipo de tratamento ainda não foram determinados. Claramente, parece ajudar certas pacientes e algumas têm sido curadas. Não existem relatos de complicações para esta modalidade de tratamento. Trata-se de uma alternativa segura para pacientes que não querem considerar a



possibilidade de cirurgia, que aprendem a contrair a musculatura pélvica para evitar a perda de urina ((D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995; GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997).

A eletroestimulação é utilizada tanto no tratamento da Incontinência Urinária de Esforço quanto no da instabilidade vesical. Pode ser feita pelas vias vaginal, transretal, trans ou percutânea (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997). O objetivo desta técnica é determinar a contratura do assoalho pélvico por uma estimulação direta do músculo ou por excitação do nervo pudendo (HALBE, 1994). Um eletrodo que se assemelha a um absorvente interno é introduzido na vagina. O eletrodo é ligado a uma fonte que gera impulsos elétricos, os quais promovem a contração da musculatura perineal (PALMA, 2000). A depender da intensidade, frequência e duração do estímulo pode-se obter aumento da pressão máxima de fechamento uretral ou diminuição das contrações involuntárias do detrusor (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997).

Os dispositivos de oclusão uretral ( obturadores ) foram desenvolvidos nos últimos anos para o tratamento da I.U.E., em particular, dos casos refratários às demais modalidades terapêuticas. O obturador deve ser colocado na uretra pela paciente, retirando e substituído por outro a cada micção. Os problemas usuais de sua utilização são a cistite bacteriana e abandono de tratamento (PALMA et al, apud GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997).

A utilização de cones vaginais visa o enrijecimento da musculatura do assoalho pélvico. O cone é introduzido na vagina e retido acima do assoalho pélvico, através da contração da musculatura. Quando há um aumento da pressão intra-abdominal, ocorre uma contratura reflexa do assoalho, retendo o cone (HALBE, 1994,p.543).

A cirurgia representa, sem dúvida, a forma terapêutica principal da Incontinência Urinária de Esforço. Porém ao se observar as inúmeras técnicas propostas para a sua correção, percebe-se que o tema não está todo esclarecido, pois há taxas elevadas de recidiva, o que desafia os que se propõem a tratá-la (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997).

A seleção de uma técnica cirúrgica em particular é baseada: 1) nas anormalidades anatômicas e fisiológicas responsáveis pela incontinência, 2) na necessidade de procedimentos vaginais ou retropúbicos concomitantes, 3) na preferência e habilidade do cirurgião, 4) nas expectativas da paciente e 5) nas alterações associadas (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995, p.222).

**O tratamento cirúrgico** da Incontinência Urinária de Esforço tem uma história longa e com múltiplos aspectos. Existem descritos mais de 125 procedimentos cirúrgicos, atestando o fato de que nenhuma cirurgia ganhou ampla aceitação. Do ponto de vista conceitual, existem cinco tipos de cirurgias: 1) suspensões por agulha, 2) suspensões retropúbicas, 3)

operação para colocação de faixas pubovaginais de suporte, 4) próteses esfinterianas e 5) injeções periuretrais. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

De acordo com Halbe, 1994, o tratamento cirúrgico tem por objetivos: reposição do colo vesical em sua posição anatômica; sustentação adequada do colo vesical durante o aumento da pressão intra-abdominal; restabelecimento do comprimento funcional da uretra; evitar lesões do seguimento muscular vesicoesfinteriano e evitar obstrução urinária por compressão uretral iatrogênica.

No caso de hiper mobilidade uretral, o objetivo da cirurgia é impedir a descida anormal do colo vesical e uretra proximal, o que pode ser obtido por qualquer cirurgia de suspensão vaginal ou retropúbica ou aumentar o suporte através de faixas pubovaginais (Slings). Resultados a curto prazo mostram que todos os procedimentos resultam em sucesso de 80 a 95%. Entretanto, a longo prazo sugerem que a faixa pubovaginal e outras técnica retropúbicas têm maior índice de sucesso que as suspensões transvaginais do colo vesical. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

Apesar das cirurgias de suspensão do colo vesical serem consideradas eficientes para algumas pacientes com insuficiência esfinteriana intrínseca, acreditamos que os índices gerais de cura não são maiores que 50%, e portanto, não recomendamos estes procedimentos nestes casos. O tratamento mais efetivo para a insuficiência esfinteriana intrínseca é a faixa pubovaginal. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995, p.224)

As preferências e habilidades do cirurgião são de fundamental importância na seleção da melhor abordagem cirúrgica. Não é suficiente apenas selecionar a cirurgia mais apropriada para a paciente, o cirurgião deve estar treinado e se sentir confortável com a técnica escolhida. Muitas vezes ocorrem complicações devastadoras resultantes de cirurgiões inexperientes tentado técnicas novas que prometem maior eficácia e com menor morbidade. A ênfase atual quanto aos aspectos de redução de custo-benefício e morbidade é um objetivo admirável, mas deve ser ponderado com a realidade científica e a necessidade de treinamento cirúrgico adequado. A faixa pubovaginal é a operação mais efetiva e durável para a incontinência decorrente da hiper mobilidade e insuficiência esfinteriana intrínseca. Existe tendência do cirurgião inexperiente aplicar muita tensão no momento de fixar a faixa no local, e portanto, geralmente não é recomendado como procedimento primário. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

As expectativas do paciente são importantes na seleção da cirurgia. Assim como em outros tipos de tratamento para a incontinência, a cirurgia é totalmente eletiva. Isso significa que nenhum tratamento é necessário, a menos que a paciente sinta-se incomodada com os sintomas. O tratamento deve ser individualizado, tendo como base os sintomas da paciente, em seus objetivos e em suas condições clínicas. Algumas pacientes com incontinência muito severa ficam satisfeitas se o tratamento for capaz de reduzi-la a ponto de ser possível manejá-la com absorventes. Outras ficam incomodadas com perda de algumas gotas de urina e esperam estar perfeitamente secas o tempo todo. Doenças de base podem oferecer um risco pré-operatório que supera os benefícios da cirurgia. Este fato tem sido contornado, em parte, com procedimentos que podem ser realizados sob anestesia local, como injeções periuretrais de gordura autóloga ou colágeno e alguns tipos de suspensões com agulha. (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995)

*Suspensão do colo vesical:* Este tipo de cirurgia está indicada somente em pacientes com hiper mobilidade da uretra. Existem dois tipos básicos: suspensão do colo por via transvaginal ou “uretropexia por agulha”, e uretropexia retropúbica. O objetivo da cirurgia é prevenir a descida anormal do colo vesical e uretra proximal e não reposicionar o colo vesical numa posição retropúbica alta, como alguns autores têm recomendado. Na posição supina ou de litotomia, com a paciente anestesiada, o colo vesical está em posição anatômica normal, não sendo necessário aplicar excessiva tensão nas “suturas de suspensão”. É necessário somente remover a parte frouxa para que as suturas impeçam deslocamento inferior quando ocorrer aumento da pressão abdominal. A causa mais comum de morbidade após a cirurgia são suturas com demasiada tensão. Assim, pode resultar em obstrução uretral ou no desenvolvimento de sintomas de instabilidade do detrusor. Por outro lado, se as suturas são muito frouxas, poderão não ter qualquer benefício. Se as suturas de suspensão são colocadas muito próximas da uretra existe tendência à obstrução, perfuração ou erosão e fistula. Quando muito laterais, ao tracioná-las, na verdade, estar-se-ia tracionando somente os ligamentos da fâscia endopélvica junto ao osso, sem resultar em nenhum efeito. Se as suturas forem posicionadas muito proximalmente haverá a possibilidade de lesão uretral ou vesical. Quando em posição muito distal, as suturas não evitarão a descida do colo vesical e serão inefetivas na cura da incontinência (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995).

*Uretropexia Retropúbica:* A primeira operação retropúbica do colo vesical para Incontinência Urinária de Esforço foi descrita em 1949 pelos Drs. Marshall, Marchetti e Krants. Desde aquela época, descreveram-se várias modificações dessa cirurgia básica. Mas

todas elas possuem a característica comum de corrigir o deslocamento da colo vesical e a hiper mobilidade uretral por ressuspensão cirúrgica dessas estruturas com uma operação realizada no espaço de Retzius. A diferença entre essas técnicas se devem principalmente aos diferentes pontos de fixação de cada operação (ROCK; THOMPSON, 1999).

Todas as uretropexias retropúbicas têm o objetivo comum de identificar tecidos periuretrais mais resistentes, próximos do colo vesical, e suturá-los a uma forte estrutura de suporte ou tecido ligado ao púbis. Idealmente, as suturas atravessam o tecido periuretral mais resistente, envolvendo quase a espessura total da parede vaginal, excluindo seu epitélio. Este ponto inclui o complexo elevador com sua fâscia e as condensações desta fâscia, conhecidas como arco tendíneo da fâscia pélvica ou arco tendíneo da fâscia do elevador, dependendo da cirurgia específica (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995, p. 227).

Estes tipos de operação são bem sucedidas na cura da incontinência urinária de esforço causada por hiper mobilidade anatômica da saída vesical, são menos eficazes no tratamento por disfunção intrínseca do esfíncter. Algumas dessas técnicas tracionam o colo vesical e a uretra mais forte que as outras. Quanto maior for o ponto de fixação mais firme for o reparo, maior é a probabilidade de desenvolver dificuldade miccional pós-operatória e formação de enterocele posterior (ROCK; THOMPSON, 1999).

*Uretropexia por Agulhas:* Esta técnica foi descrita em 1959 por Pereyra. Através de uma pequena incisão vaginal e suprapúbica, um agulha longa é passada logo atrás da sínfise púbica, pelo espaço retropúbico e lateral a uretra. Modificações subsequentes da cirurgia original aconteceram e tornaram-se conhecidas como cirurgias de Pereyra modificadas. Apesar das cirurgias parecerem, á primeira vista, trataram-se de pequenas modificações da cirurgia original, existem diferenças fisiológicas importantes entre elas.

Os procedimentos de suspensão com agulha longa mostraram-se populares, e muitos cirurgiões fizeram posteriormente pequenas modificações nesse procedimento e vincularam seus nomes a eles como se fosse operações exclusivas; entretanto, praticamente não há modificação do uso que não tenha sido primeiramente descrita pelo inventor. As modificações propostas são divididas em cinco categorias: o tipo de dissecação vaginal; o método pelo qual as suturas são fixadas na face vaginal do campo; a forma como o espaço de Retzius é atravessado; o método pelo qual as suturas são fixadas na face abdominal no campo cirúrgico; e o uso de endoscopia (ROCK; THOMPSON, 1999, p. 884).

Esta cirurgia tem muitas vantagens sobre a cirurgia do colo vesical retropúbica aberta. São relativamente fáceis de realizar, mesmo em pacientes obesas, e a morbidade é baixa. Também é fácil incorporar esses procedimentos a outras formas de cirurgia vaginal, como histerectomia vaginal ou colporrafia anterior. Mas apesar destas vantagens, há muitas desvantagens também. O sucesso dessas operações na cura da Incontinência de esforço depende da integridade de uma única sutura de cada lado – não da cicatrização – e de um

ponto único de ancoragem de cada lado. Se qualquer um desses componentes falhar, é alta a chance de a paciente desenvolver recorrência da incontinência. Os resultados podem variar da incapacidade completar de atingir os resultados cirúrgicos amarrando as suturas de forma muito frouxa, à retenção urinária crônica se as suturas forem amarradas muito firmemente. Muitas pacientes queixam-se de uma dor tipo tração crônica na região inguinal quando assumem determinadas posições. Em geral o sucesso da operação é menor do que o obtido com suspensões retropúbicas abertas (ROCK; THOMPSON, 1999).

*Faixa Pubovaginal – Procedimentos de Alça – Sling:* Na Incontinência Urinária de Esforço tipo III, a uretra proximal não funciona mais como um esfíncter. Uma vez que o problema não é a mobilidade anormal da uretra, a cirurgia usuais para a incontinência, freqüentemente não têm sucesso. Neste tipo de paciente, a operação de escolha é a faixa pubovaginal (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, 1995). O objetivo deste tipo de cirurgia é criar um novo suporte para a uretra, facilitando o funcionamento do mecanismo intrínseco, a faixa utilizada deve apenas apoiar a uretra e não comprimi-la.

Os materiais utilizados incluem uma variedade de tecidos autogênicos/autólogos (fáscia lata e fáscia do reto abdominal), tecidos alogênicos/heterólogos (fáscia de boi, duramáter liofilizada e derme de porco) e materiais sintéticos (mersilene, nylon, prolipropileno e silástico) (ROCK; THOMPSON, 1999; HALBE, 1994).

Os materiais sintéticos são atraentes pois são processados uniformemente e têm resistência consistente; entretanto, quase todos são acometidos por problemas significativos de infecção e erosão. Possuem alta taxa de complicação inaceitável, onde a alça precisa ser removida. Não parece haver quaisquer razões que obriguem o uso de materiais sintéticos ou heterólogos em operações de alça; nada é melhor que o tecido autólogo retirado da paciente no momento da cirurgia (ROCK; THOMPSON, 1999).

*Esfíncter Artificial:* A prótese esfíncteriana teoricamente é ideal para pacientes com insuficiência esfíncteriana intrínseca e função vesical normal. Há uma alta e inaceitável incidência de falhas em pacientes que apresentam múltiplos procedimentos cirúrgicos prévios. O risco de complicações é menor se as pacientes possuírem insuficiência esfíncteriana intrínseca e função normal do detrusor; recebem antibioticoterapia de amplo espectro no perioperatório; apresentarem estudos urodinâmicos pré operatórios para determinar a pressão em que a incontinência ocorreu, com a finalidade de selecionar um reservatório cujo balão regulador de pressão exceda levemente esta pressão e capaz de desativar o esfíncter pelo menos seis semanas após a colocação (D'ANCONA; RODRIGUES NETTO JUNIOR, 1995).

A enfermagem desempenha importante papel na experiência cirúrgica, onde o cuidado ao paciente não se restringe apenas no preparo para a cirurgia mas, sobretudo, no cuidado psicológico, através do diálogo e educação preparando-o para o pré, trans e pós operatório.

### **3.7 Enfermagem Perioperatória**

Para Smeltzer & Bare (1998), a enfermagem perioperatória é uma expressão utilizada para descrever uma vasta variedade de funções de enfermagem associadas com a experiência cirúrgica . A palavra perioperatório é um termo abrangente que incorpora as três fases da experiência cirúrgica , a pré operatória , a intra operatória e a pós operatória . A fase pré operatória da enfermagem perioperatória inicia-se quando a decisão pela intervenção cirúrgica é feita e termina com a transferência do paciente para a mesa cirúrgica . A fase intra operatória começa quando o paciente é admitido no setor de recuperação. A fase pós operatória inicia-se com a admissão do paciente na área de recuperação e termina com a avaliação de seguimento na unidade clínica ou domicílio.

#### **3.7.1 Assistência Pré Operatória**

O objetivo da assistência pré-operatória é promover o melhor estado físico e psicológico do paciente. Uma relação de confiança deve ser estabelecida entre o enfermeiro e o paciente, para que este se sinta a vontade para expressar seus temores e fazer quaisquer perguntas sobre a operação e hospitalização ( BEYERS; DUDAS, 1989 ).

Sabe-se que uma mente preocupada influencia diretamente o funcionamento do corpo. Indubitavelmente, um paciente diante de uma cirurgia é acometido de medos, inclusive medos do desconhecido, da morte, da anestesia, do câncer. Preocupações sobre a ausência do emprego, já possível perda do trabalho, a responsabilidade pela sustentação da família e a ameaça de uma incapacidade permanente contribuem para o costumeiro enorme desgaste emocional criado pelo anúncio da cirurgia . Preocupações menos óbvias podem ocorrer devido as experiências prévias com o sistema de saúde e as pessoas que o paciente conheceu nas mesmas condições. Conseqüentemente, a enfermeira deve encorajar a verbalização e deve ouvir, ser compreensiva e prestar informações que ajudem a dissipar as preocupações. As crenças espirituais têm um importante papel no lidar com os medos e ansiedade .Independente

da vinculação religiosa podem ser tão terapêuticas quanto a medicação. A fé tem um grande poder de sustentação , assim as crenças de cada pessoa devem ser respeitadas e apoiadas (SMELTZER ; BARE , 1996 ).

Antes do tratamento cirúrgico ser iniciado, a história de saúde é coletada e o exame físico é realizado , com o objetivo de identificar fatores que possam aumentar o risco e a gravidade das complicações associadas a cirurgia, tais como a obesidade, uso de álcool e droga, deficiência nutricional, problemas respiratórios, cardiovasculares, hepaticose renais, disfunção endócrina ou imunológica e terapia anterior com medicação.

De acordo com Beyers & Dudas (1989), o resultado final de uma operação muitas vezes depende da provisão de uma nutrição pré e pós operatória adequada . As necessidades metabólicas ( necessidades calóricas) do paciente elevam-se de acordo com a gravidade do procedimento cirúrgico, as doenças preexistentes e a presença de complicações.

A obesidade aumenta enormemente o risco e a gravidade das complicações associadas com a cirurgia. Durante a cirurgia, os tecidos adiposos são especialmente susceptíveis a infecção. O paciente obeso é geralmente mais difícil de cuidar por causa do peso adicional, o paciente respira precariamente quando deitado de lado, estando assim sujeito a hipoventilação e as complicações pulmonares pós-operatórias. Somando a isso, distensão abdominal, flebite e doença cardiovascular, endócrina, hepática e biliar acontecem mais prontamente em pacientes obesos. ( SMELTZER ; BARE , 1996 )

Uma história de doenças cardiovasculares pode predispor um paciente a complicações pós-operatórias. Para aqueles pacientes com doenças cardíacas o tratamento médico pré operatório visa assegurar o equilíbrio hidroeletrólítico adequado e função renal e pulmonar adequadas , controle das arritmias e tratamento da insuficiência cardíaca congestiva porventura existente (BEYERS ; DUDAS , 1989, v. 1, p. 153).

Segundo Beyers & Dudas (1989), indivíduos que apresentam história de tabagismo , traqueobronquite ou enfisema são predispostos a complicações respiratórias. Smeltzer & Bare (1998) referem que os problemas respiratórios aumentam a possibilidade de atelectasia, broncopneumonia, e insuficiência respiratória quando os anestésicos são administrados sobre uma ventilação inadequada .

As funções hepática e renal também deve se avaliada no pré operatório, pois o fígado é importante na biotransformação dos compostos anestésicos, qualquer desordem têm efeito sobre o modo pelo qual o anestésico é metabolizado. Desordem nos rins influenciam na excreção das drogas anestésicas e seus metabólitos.

O principal risco ameaçador à vida no diabetes não controlado , é a hipoglicemia, que pode acontecer durante a anestesia ou ser decorrente de uma ingestão inadequada de carboidratos no pós-operatório ou ser causada por uma excessiva administração de insulina (SMELTZER; BARE , 1998 ).

É importante no pré-operatório determinar a presença de alergias, sensibilidade a certos medicamentos e reações adversas prévias a estes agentes, solicitando ao paciente identificar qualquer substância que precipitou uma reação alérgica e descrever sinais e sintomas produzidos por elas ( SMELTZER ; BARE , 1998).

Em pessoas dependentes de drogas e álcool freqüentemente podem ser notados uma variedade de infecções e locais traumatizados no corpo, geralmente sofrem má nutrição e de outros problemas sistêmicos que aumentam o risco da cirurgia.

Deve-se observar se o paciente estava usando algum medicamento anterior a cirurgia, pois há a possibilidade da medicação que estava usando ou tenha usado no passado ter efeito sobre o curso do período perioperatório e/ou haver interação medicamentosa . A interação de medicações potentes ( diuréticos, anti-depressivos, insulina, antibióticos ) com agentes anestésicos tem causados sérios problemas tais como hipotensão arterial e colapso circulatório ou depressão ( SMELTZER ; BARE, 1998) .

Com a idade , o débito cardíaco e o fluxo renal diminuem e a função pulmonar torna-se menos eficiente. A capacidade de tolerar os agentes farmacológicos diminui : alterações renais, pulmonares e hepáticas diminuem o ritmo em que o metabolismo e a excreção são realizados. Pacientes idosos podem ter dificuldade em se adaptar aos prolongados estresses associados a cirurgia ( BEYERS ; DUDAS , 1989 ).

### **Educação no Pré – Operatório**

O ensino pré-operatório é sempre um componente essencial na assistência a pacientes cirúrgicos. Cada paciente é ensinado enquanto um indivíduo considerando como únicas as suas necessidades, ansiedades e esperanças. De acordo com Smeltzer & Bare (1998), é ensinado ao paciente como promover a ventilação pulmonar e a oxigenação sanguínea após a anestesia, com respiração profunda, tosse e exercícios de relaxamento. Segundo Beyers & Dudas (1989 ) , fazer uma proteção com as mãos ou com o travesseiro na incisão freqüentemente é útil para ajudar o paciente a tossir.

O paciente é orientado também, para promoção de movimentos corporais no pós operatório com exercícios para as pernas e pés, saídas do leito e mudanças de decúbito; com o



objetivo de melhorar a circulação, prevenir estase venosa e contribuir para uma ótima função respiratória. O paciente receberá ainda orientações sobre dieta e hidratação, preparação intestinal e preparação da pele, para retirar jóias, dentaduras ou próteses antes da cirurgia (SMELTZER ; BARE, 1998).

Segundo Smeltzer & Bare (1998), todos os pacientes, exceto aqueles com desordens urológicas, devem urinar imediatamente antes de serem encaminhados para a sala de operação promovendo a continência durante a cirurgia abdominal baixa e a tornar os órgãos abdominais mais acessíveis.

A todos os pacientes é pedido que parem o tabagismo 4 a 6 semanas antes da cirurgia; aqueles que vão se submeter a cirurgia torácica e abdominal superior são ensinados quanto aos exercícios respiratórios e a como usar o espirômetro de incentivo.

Para os pacientes diabéticos é orientado que a monitorização dos níveis de glicose no sangue é importante antes, no decorrer e depois da cirurgia pelo risco de ocorrer hipoglicemia (SMELTZER ; BARE, 1998).

Quando o paciente está acima do peso adequado, o mesmo é incentivado a reduzir seu peso se houver tempo, e orientado quanto ao cuidado no pós-operatório com a incisão cirúrgica durante a mobilização e/ou tosse (NETTINA, 1998).

Nos idosos as limitações sensoriais geralmente são razões para acidentes, injúrias e queimaduras. Medidas protetoras incluem proteção para as áreas sensíveis e proeminências ósseas, realização de massagem suave para prevenir pressão prolongada e promover circulação adequada. É importante avaliar a condição da boca devido a freqüente presença de cáries dentárias, dentaduras e próteses parciais. Estas informações são significativas para o anestesiológico (SMELTZER ; BARE, 1998).

Durante o pré-operatório os pacientes que serão submetidos a cirurgia para correção da I.U. devem ser informados sobre como realizar a autocateterização intermitente limpa caso seja necessário no pós-operatório (URONEWS, 1997).

### **3.7.2 Assistência Pós – Operatória**

Durante o período pós-operatório, o processo de enfermagem é orientado para o restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente, para o alívio da dor e para prevenção de complicações. Proporcionar apoio psicológico também é importante, pode-se verificar através de conversas ou de registros no prontuário algo que possa refletir necessidades

individuais do paciente tais como a ansiedade, medo e preocupações. Este tipo de reações são comuns tanto na doença quanto na cirurgia pois estas são percebidas como ameaça geral à vida, a saúde, a integridade do corpo, ao desconforto decorrente da dor e da fadiga, a exposição e ao embaraço, frustração dos objetivos e expectativas, incerteza do futuro e separação dos amigos e familiares decorrente da hospitalização. As enfermeiras têm de estar habilitadas a avaliar o nível de ansiedade num paciente de modo a reduzi-la eficazmente. As manifestações dependem do indivíduo, podem ser reclusão, silêncio, hiperatividade, sudorese, falar ou brincar e demais, agressividade verbal ou física, fantasias, choro. Encorajar a pessoa a reconhecer e expressar quaisquer sentimentos de ansiedade, estabelecer uma relação baseada na confiança demonstrando senso de cuidado através do uso apropriado do toque, do cuidado físico e do tom de voz, são intervenções de enfermagem que ajudam a reduzir a ansiedade (SMELTZER; BARE, 1998).

Desde a transferência da sala de operação para a unidade ou sala de recuperação pós anestésica (SRPA), há uma especial atenção para a manutenção do conforto, da segurança, mobilizando o paciente lento e vagarosamente no sentido de prevenir a dor, uma tração adicional sobre as suturas e uma hipotensão arterial pela mobilização. Tubos e equipamentos de drenagem são manipulados cuidadosamente visando um ótimo funcionamento (SMELTZER; BARE, 1998).

A sala é mantida silenciosa, limpa, com temperatura ambiente entre 20 e 22° C, deve estar bem ventilada e pintada com cores suaves e agradáveis, pois estas medidas têm um valor psicológico para o paciente quanto a diminuição da ansiedade. Um paciente permanece na RPA até a completa recuperação do agente anestésico, isto é, até que o paciente tenha estabilizado a pressão sanguínea, tenha uma adequada função respiratória, tenha um mínimo de 95% de saturação de O<sub>2</sub>, um razoável grau de consciência e mostre que não há evidências de hemorragias.

Embora a maioria das operações tenha sucesso, complicações aparecem em uma pequena porcentagem dos pacientes. As principais complicações pós operatórias incluem o choque, a hemorragia, a trombose venosa profunda, o embolismo pulmonar, as complicações respiratórias, como a hipoxemia, a atelectasia e a pneumonia, retenção urinária, a obstrução intestinal e a possível psicose pós-operatória.

O choque pode ser definido como uma inadequada oxigenação celular acompanhada da incapacidade de excretar as escórias resultantes do metabolismo. Os sinais clássicos do choque são: palidez, pele fria e úmida; respiração rápida; cianose de lábios, gengiva e língua;

pulso rápido e fino, diminuição da pressão do pulso, geralmente uma baixa pressão sangüínea e urina concentrada. O tipo mais comum de choque em pacientes cirúrgicos é o choque hipovolêmico, causado pela diminuição de volume de líquidos por perda de sangue ou plasma, caracterizado pela queda da pressão venosa, elevação da resistência periférica e taquicardia (SMELTZER ; BARE , 1998).

A hemorragia é a fuga ou extravazamento de sangue dos vasos. É classificada em primária, quando acontece durante a cirurgia; intermediária, nas primeiras horas após a cirurgia; e secundária, ocorre algum tempo após a cirurgia , se a ligadura se desfaz, uma vez que o vaso sangüíneo foi mal suturado, tornou-se infectado ou sofreu erosão por um tubo de drenagem. Conforme o tipo de vaso que está sangrando é classificada em hemorragia capilar caracterizada por um exsudato lento; hemorragia venosa que borbulha e tem cor escurecida; e hemorragia arterial, é brilhante e aparece em jatos sincronizados com o batimento cardíaco. Entre os sinais clínicos apresentados estão a inquietude, movimentos constantes e sede, pele fria , úmida e pálida, freqüência do pulso aumentada, temperatura baixa e respirações rápidas e profundas. (SMELTZER ; BARE, 1998)

A trombose venosa profunda é a trombose das veias profundas ao invés das superficiais, há uma inflamação da veia de suave a acentuada, em associação a um coágulo sangüíneo. A complicação pode resultar de várias causa, incluindo a injúria à veia , provocada por tiras apertadas ou perneiras utilizadas durante a cirurgia, a pressão de um coxim sob os joelhos, a hemoconcentração devido à queda do metabolismo e a depressão respiratória após a cirurgia. O primeiro sintoma pode ser a dor ou a câibra na panturrilha, conhecida como sinal de Homans. A pressão local causa dor e, em um dia ou mais, um doloroso edema toma a perna inteira, geralmente acompanhado por uma leve febre e, por vezes, calafrios e perspiração. O edema é macio e forma cacifo facilmente à pressão.

O embolismo pulmonar, ocorre quando um êmbolo se desloca de seu local de origem sendo transportado com a corrente sangüínea. Quando o êmbolo chega ao lado direito do coração e oclui completamente a artéria pulmonar, os sintomas são abruptos e surpreendentes. O paciente que passa por uma convalescença aparentemente normal e, de repente grita devido a dores agudas e lancinantes no tórax , tornando-se dispneico, com pulso rápido e irregular e a morte rápida pode acontecer ( SMELTZER ; BARE , 1998).

Os tipos de hipoxemia que podem afetar os pacientes no pós-operatório são a subaguda e a episódica. Na subaguda o nível de saturação é baixo e constante e na episódica acontece abruptamente e o paciente pode estar em risco de disfunção cerebral, isquemia do

miocárdio e parada cardíaca. Estas complicações geralmente ocorrem na 3ª ou 4ª noite pós-operatória.

A atelectasia ocorre quando um tampão mucoso obstrui completamente um dos brônquios, o tecido pulmonar atrás do tampão colapsa e o pulmão expande incompletamente ( SMELTZER ; BARE , 1998 ). De acordo com Nettina (1998), a atelectasia é atribuída a ausência de inspirações profundas periódicas. Geralmente não existem sintomas, mas pode haver taquipnéia leve a grave, taquicardia, tosse, febre, hipotensão e diminuição dos sons respiratórios e da expansão do tórax no lado afetado.

A broncopneumonia é uma complicação pulmonar freqüente. Juntamente com a tosse produtiva pode haver uma acentuada elevação da temperatura e aumento das freqüências de pulso e respiração.

Na Pneumonia ocorre um processo inflamatório do parênquima pulmonar que, comumente, é causado por agentes infecciosos. Qualquer pessoa que receba sedativo ou opióide pode vivenciar uma depressão respiratória que a predispõem ao represamento das secreções brônquicas e ao subsequente desenvolvimento de pneumonia. Sinais e sintomas: inicia-se com resfriamento seguido de temperatura, pulso e respiração elevados, dor pleurítica, calafrios, hemoptise, tosse e diminuição de sons respiratórios sobre a região comprometida .

A retenção urinária acontece mais freqüentemente após a cirurgia do reto, do ânus, da vagina, após herniorrafias e cirurgias do baixo abdome. Considera-se que a causa seja o espasmo do esfíncter da bexiga. Os sintomas da retenção urinária são o desconforto abdominal, bexiga palpável, incapacidade de urinar ou eliminação de pequenas quantidades de urina em intervalos freqüentes ( escape de retenção ) (SMELTZER; BARE , 1998).

A cirurgia pode provocar um retardo no retorno a atividade intestinal, causando obstrução, especialmente quando envolveu a cavidade perineal, trato digestivo, quando foi de maior porte ou prolongada e/ou realizada com anestesia geral. (BEYERS ; DUDAS , 1989 ). Geralmente a febre e a aceleração do pulso estão ausentes, mas o desconforto e dores no local estão presentes. A área dolorosa pode corresponder ao acúmulo de gás no trato intestinal ou a uma alça intestinal dobrada obstruindo o fluxo e distendendo suas vilosidades o que pode retroceder o conteúdo fecal para o estômago até ser vomitado. Para que isto seja evitado a enfermagem deve estar atenta a mudanças freqüentes de decúbito, aos exercícios e a deambulação precoce, quando permitidos. Uma sonda retal ou cateter pode ser prescrito para proporcionar um alívio eventual ( SMELTZER; BARE ,1998, BEYERS ; DUDAS , 1989 ).

A psicose pós operatória pode ter origem fisiológica ou psicológica. A anóxia cerebral, o tromboembolismo e os desequilíbrios hidroeletrólíticos são reconhecidos fatores físicos no estresse e no comprometimento pós-operatório do sistema nervoso central. Os fatores emocionais tais como medo, dor e desorientação podem contribuir para a depressão pós-operatória e ansiedade. O delírio pós-operatório pode acontecer, os tipos mais comuns são o tóxico, o traumático e o delírio de abstenção do álcool em pacientes dependentes químicos (delirium tremens). Manifesta-se através de excitação, confusão mental, alucinações, ilusões ou depressão, insônia e agitação (SMELTZER; BARE, 1996).

De acordo com Beyers & Dudas (1989), o paciente que se recuperou da anestesia e tem seus sinais vitais estáveis é transferido ou para o seu próprio quarto ou para a unidade de tratamento intensivo para continuação da assistência. São importantes aspectos da assistência pós-operatória: a avaliação dos sinais vitais para o controle do volume sanguíneo adequado, estímulo a tosse e inspirações profundas de hora em hora para se assegurar a função respiratória adequada, controle hídrico, mudança de posição do paciente regularmente, avaliação da circulação periférica, uso criterioso de sedativos para aliviar a dor, prevenção das infecções e observação do retorno da função intestinal.

Smeltzer & Bare (1998), relacionam alguns desconfortos comuns no pós-operatório como a dor, inquietação, náusea e vômito, distensão abdominal e os soluços.

Muitos fatores psicológicos influenciam na experiência global do paciente quanto a dor. O grau e a gravidade da dor pós operatória dependem do perfil fisiológico e psicológico da pessoa, do subsequente nível de tolerância para a dor, do local da incisão, da natureza e extensão do procedimento cirúrgico, do tipo de agente anestésico e da forma como ele foi administrado. A preparação pré operatória recebida pelo paciente é um fator significativo na diminuição da ansiedade, da apreensão e mesmo da dor vivenciada no período pós-operatório do paciente (SMELTZER; BARE, 1998).

Mudanças freqüentes de posição, higiene oral e outras medidas de conforto podem aliviar o mal estar do paciente. O uso de técnicas de relaxamento para reduzir a tensão muscular aumenta o nível de conforto dos pacientes pós-operatórios e reduz a necessidade de analgésicos (BEYERS; DUDAS, 1989).

De acordo com Smeltzer & Bare (1998), quando o paciente apresentar náusea, deverá ser mudado de posição, em decúbito lateral e, caso tenha que ficar em posição supina, sua cabeça é virada completamente para um lado e seu queixo estendido, para facilitar a drenagem pela boca. Geralmente uma simples terapia sintomática (antieméticos) é tudo que

se exige. Segundo Nettina (1998) quando o *vômito* acontece é importante pensar no conforto do paciente, limpando o vômito, lavando o paciente e trocando sua roupa de cama.

Os soluços acontecem ocasionalmente depois da cirurgia abdominal. Geralmente estas ocorrências são suaves, os ataques transitórios podem cessar espontaneamente ou com tratamento muito simples. O melhor remédio é eliminar as causas, tais como líquidos que estão muito quentes ou muito frios. Os soluços são tratados por lavagem ou sucção gástrica, administração de dióxido de carbono e/ou antiespasmódicos (por exemplo, atropina), sedativos ou tranqüilizantes. Fazer com que o paciente respire seu próprio ar em um saco de papel, prenda a respiração enquanto toma goles de água, ou pressionar o dedo sobre as pálpebras fechadas por vários minutos também é eficaz (SMELTZER ; BARE, 1998 ).

Para o paciente que se submeteu a cirurgia para correção da *Incontinência Urinária* a dieta é livre desde o primeiro dia de pós operatório. O tamponamento vaginal deve ser mantido por um período de 24 horas, salvo casos onde o sangramento for acima do norma, quando então se prolonga por mais 24 horas, (HALBE, 1994). Segundo Girão; Lima; Baracat (1997), o tamponamento desempenha um importante papel na prevenção de hematomas.

O componente mais importante dos cuidados com a bexiga no pós operatório é certificar-se de que ela seja drenada adequadamente e não se permitir que se distenda excessivamente. Os enfermeiros que cuidam de pacientes que acabaram de ser submetidas a operações para incontinência de esforço devem estar cientes da importância do regime de controle vesical, porque a assistência desatenta da enfermagem pode ter sérias repercussões para essas pacientes. Um esquema no qual os pacientes são instruídos a urinar a cada duas horas reduz a probabilidade de hiperdistensão pós-operatória. ( ROCK; THOMPSON, 1999)

De acordo com Halbe (1994), a drenagem vesical é contínua nas primeiras 24 horas e intermitente nas 24 horas subsequentes, esta consistindo na abertura da sonda vesical a cada 4 horas. Já Girão; Lima; Baracat ( 1997) dizem que o hábito, muito difundido, de exercícios vesicais, fechando a sonda e abrindo-a após determinado tempo, não tem qualquer substrato científico, além de aumentar sobremaneira o trabalho da enfermagem, devendo portanto, ser abandonado. Não encontramos nenhum consenso sobre qual delas é mais eficaz, o que temos conhecimento é que a escolha depende da conduta médica, a segunda opção é a mais utilizada nas unidades onde aplicamos nosso projeto.

A retirada da sonda transuretral deve ser feita 48 horas após a cirurgia. Caso não ocorra micção espontânea, procede-se as sondagens intermitentes.

se exige. Segundo Nettina (1998) quando o *vômito* acontece é importante pensar no conforto do paciente, limpando o vômito, lavando o paciente e trocando sua roupa de cama.

Os soluços acontecem ocasionalmente depois da cirurgia abdominal. Geralmente estas ocorrências são suaves, os ataques transitórios podem cessar espontaneamente ou com tratamento muito simples. O melhor remédio é eliminar as causas, tais como líquidos que estão muito quentes ou muito frios. Os soluços são tratados por lavagem ou sucção gástrica, administração de dióxido de carbono e/ou antiespasmódicos (por exemplo, atropina), sedativos ou tranqüilizantes. Fazer com que o paciente respire seu próprio ar em um saco de papel, prenda a respiração enquanto toma goles de água, ou pressionar o dedo sobre as pálpebras fechadas por vários minutos também é eficaz (SMELTZER; BARE, 1998).

Para o paciente que se submeteu a cirurgia para correção da *Incontinência Urinária* a dieta é livre desde o primeiro dia de pós operatório. O tamponamento vaginal deve ser mantido por um período de 24 horas, salvo casos onde o sangramento for acima do norma, quando então se prolonga por mais 24 horas, (HALBE, 1994). Segundo Girão; Lima; Baracat (1997), o tamponamento desempenha um importante papel na prevenção de hematomas.

O componente mais importante dos cuidados com a bexiga no pós operatório é certificar-se de que ela seja drenada adequadamente e não se permitir que se distenda excessivamente. Os enfermeiros que cuidam de pacientes que acabaram de ser submetidas a operações para incontinência de esforço devem estar cientes da importância do regime de controle vesical, porque a assistência desatenta da enfermagem pode ter sérias repercussões para essas pacientes. Um esquema no qual os pacientes são instruídos a urinar a cada duas horas reduz a probabilidade de hiperdistensão pós-operatória. (ROCK; THOMPSON, 1999)

De acordo com Halbe (1994), a drenagem vesical é contínua nas primeiras 24 horas e intermitente nas 24 horas subsequentes, esta consistindo na abertura da sonda vesical a cada 4 horas. Já Girão; Lima; Baracat (1997) dizem que o hábito, muito difundido, de exercícios vesicais, fechando a sonda e abrindo-a após determinado tempo, não tem qualquer substrato científico, além de aumentar sobremaneira o trabalho da enfermagem, devendo portanto, ser abandonado. Não encontramos nenhum consenso sobre qual delas é mais eficaz, o que temos conhecimento é que a escolha depende da conduta médica, a segunda opção é a mais utilizada nas unidades onde aplicamos nosso projeto.

A retirada da sonda transuretral deve ser feita 48 horas após a cirurgia. Caso não ocorra micção espontânea, procede-se as sondagens intermitentes.

Outra via de drenagem vesical é a suprapúbica. A retirada do cateter está condicionada ao desejo de micção espontânea. Quando são iniciadas provas miccionais, o cateter suprapúbico deve ser clampeado, e a paciente deve ser instruída a urinar regularmente. A paciente deve medir a quantidade de urina que é capaz de eliminar, e o cateter deve ser reclampeado. Quando os volumes eliminados forem grandes e os residuais pequenos, o cateter suprapúbico pode ser removido, medida da urina residual deve ser inferior a 50ml. Os cateteres suprapúbicos podem ser deixados no lugar por até 6 semanas, caso seja necessário, o cateter deve ser trocado.

Muitas pacientes desenvolvem sintomas urinários transitórios, como urgência, polaciúria e incontinência de urgência nas primeiras semanas após a cirurgia de colo vesical. Essas pacientes devem ter o volume de urina residual pós miccional verificado para certificar-se de que está havendo esvaziamento completo e devem ser verificadas quanto à presença de infecção. Após a exclusão desses problemas é melhor aguardar pois a maioria desses sintomas resolvem-se sem a necessidade de tratamento adicional (ROCK; THOMPSON, 1999). A infecção urinária pode desencadear quadro de urgência miccional, com ou sem incontinência, não obrigatoriamente associada a disúria ou à polaciúria (GIRÃO; LIMA; BARACAT, 1997). Se eventualmente a paciente venha a desenvolver processo febril no pós operatório, deve-se proceder a avaliação do sedimento urinário e urocultura quantitativa (HALBE, 1994).

É importante orientar a paciente quanto ao jato miccional torto, ou seja, desviado para um dos lados, é queixa comum, e não representa incorreção técnica, tende a melhorar com o passar dos meses. Os cateteres impedem a maioria das defesas naturais do trato urinário inferior, através da obstrução dos dutos periuretrais, irritando a mucosa vesical e promovendo uma via artificial para a entrada de organismos na bexiga (SMELTZER; BARE, 1996).

O estabelecimento de esvaziamento vesical normal e a remoção da sonda foley são as melhores defesas contra a infecção. As pacientes que necessitam de drenagem vesical a longo prazo devem aprender a realizar autocateterização intermitente limpa. Se isso não for possível é preferível o uso de um cateter suprapúbico. (ROCK; THOMPSON, 1999).

A autocateterização intermitente limpa têm a finalidade de esvaziamento vesical periódico, prevenindo a infecção urinária, uma vez que a hiperdistensão e o aumento anormal da pressão intravesical diminuem o fluxo sanguíneo tecidual, reduzindo também a resistência a infecção bacteriana. A técnica consiste na limpeza das mãos com água e sabão, seguida da visualização do meato uretral e inserção do cateter feita pelo próprio paciente, ou pelo cuidador, permitindo a drenagem de urina. Deve-se proporcionar o esvaziamento completo da



bexiga evitando urina residual. A enfermeira realiza uma coleta de dados, incluindo a análise da habilidade psicomotora para a realização do procedimento, para então realizar um processo educativo envolvendo o paciente e/ou seu cuidador. Estes devem receber orientação sobre anatomofisiopatologia vésico-esfincteriana , sobre a realização do procedimento e material utilizado e sobre os benefício que o cateterismo pode trazer a sua saúde. ( LELIS,1999).

O processo de ensino aprendizagem deve ocorrer de uma forma horizontal, onde o enfermeiro primeiramente conhece o saber do paciente a respeito de seu corpo e depois ensina-lhe a autocateterização. Estimular que o paciente inicie e execute esta atividade em seu próprio benefício é uma forma de promover o autocuidado, a saúde e o bem estar do mesmo.

## **4 MARCO CONCEITUAL**

Ao realizarmos nossa prática assistencial torna-se necessário a utilização de um marco conceitual para que a assistência de enfermagem ocorra de forma organizada e sistematizada.

Marco conceitual é um conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para a utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem (SILVA; ARRUDA, 1993, p.82).

De acordo com esta definição, organizamos um marco conceitual fundamentado em alguns conceitos da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem, pois acreditamos que a sua utilização ajude a guiar nossa prática profissional junto ao indivíduo que vivencia o processo cirúrgico para correção da incontinência urinária. Adotamos também alguns preceitos de educação e método dialógico do processo educativo de Paulo Freire.

### **4.1 Conhecendo a autora e a Teoria do Autocuidado**

Segundo Foster & Janssens apud George (1993), Dorothea E. Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Iniciou seus estudos de enfermagem na escola de enfermagem do Providence Hospital, em Washington, D.C. Em 1939 conseguiu o grau de Bacharel em Ciências da Educação para Enfermagem, e em 1945, obteve o grau Mestre em Enfermagem. Em 1976 recebeu o título de Doutora Honorária em Ciências, em 1980 conseguiu o Alumni Achievement Award for Nursing Theory.

## 4.2 Teoria Geral de Enfermagem de Orem

O conceito de Enfermagem de Orem foi publicado pela primeira vez em 1959. Na terceira edição de sua teoria, Orem apresentou a Teoria Geral de Enfermagem, formada por três construtos teóricos: (1) Teoria do Autocuidado, (2) Teoria das Deficiências do Autocuidado e (3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Apresentou três categorias de requisitos ou exigências do autocuidado: (1) Universais, (2) Desenvolvimentais e (3) de Desvio de Saúde.

De acordo com Orem,

A enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 91).

### 4.2.1 Teoria do Autocuidado

Esta teoria engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, e os requisitos para o autocuidado.

*Autocuidado* é a “prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar” (Foster e Janssens apud George, 1993, p. 91). “Autocuidado...efetivamente executado, contribui de maneiras específicas para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e seu desenvolvimento” (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 91).

Para o indivíduo engajar-se no autocuidado são necessárias atividades de autocuidado, condicionados pela idade, experiência de vida, crenças, hábitos, valores e outros.

Os requisitos de autocuidado podem ser definidos como ações voltadas para a provisão de autocuidado. Orem apresenta três categorias de requisitos ou exigências para o autocuidado:

- *Requisitos universais do autocuidado*: associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Pertencentes a todos os seres humanos em todos os estágios do ciclo vital, estão interligados entre si e um exerce influência sobre o outro. São eles: a manutenção de ingestão suficiente de ar; a manutenção de ingestão suficiente água; a manutenção de ingestão suficiente de alimento; a provisão de cuidados, associada a processos de eliminação e excreção; a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso; a manutenção de um equilíbrio entre a solidão e interação social; a

prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993).

- *Requisitos Desenvolvimentais de Autocuidado*: são as modificações e adaptações que ocorrem durante nosso desenvolvimento e ciclo vital.
- *Requisitos por Desvio de Saúde*: são exigidos em condições de doença, ferimentos e diagnóstico médico.

#### 4.2.2 Teoria do Déficit do Autocuidado

Constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, uma vez que delinea quando há necessidade de enfermagem. A enfermagem torna-se uma exigência quando um indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz.

Orem identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer, guiar, apoiar, ensinar, e proporcionar um ambiente pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação.

O enfermeiro pode ajudar o indivíduo, utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer assistência com o autocuidado.

#### 4.2.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem

O sistema de Enfermagem, planejado pelo profissional, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para a execução de atividades de autocuidado. Orem identificou três classificações de sistemas de Enfermagem para satisfazer os requisitos de autocuidado do paciente (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 94).

- *Sistema Totalmente Compensatório*: está representado por situações “ em que o indivíduo é incapaz de empenhar-se naquelas ações de autocuidado que exigem locomoção autogerida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade” ((FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 94). Nestas condições o indivíduo torna-se totalmente dependente de outros para a continuação de sua existência e bem-estar.
- *Sistema Parcialmente Compensatório*: tanto o enfermeiro quanto o indivíduo desenvolvem ações de autocuidado.
- *Sistema de Apoio e Educação*: o indivíduo é capaz de executar e aprender medidas de Autocuidado. “ as exigências do paciente quanto ao autocuidado resumem-se a tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades” (FOSTER;

JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 95). O papel do enfermeiro é o de promover o indivíduo a um agente de autocuidado.

### **4.3 Conhecendo Paulo Freire**

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido como Paulo Freire, nasceu em 19 de setembro de 1921. Em 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação (GADOTTI, 1989).

Em 1960, a partir do movimento de cultura popular de Recife, elaborou um método de aprendizado através do qual lavradores nordestinos foram alfabetizados; tratava-se de uma alfabetização de dentro para fora, através do próprio trabalho, em apenas 45 dias, o resultado deste trabalho foi surpreendente, tanto que o método foi aplicado em território nacional, com apoio do governo. Sua ação política-pedagógica faz-se a partir de situações concretas e dos interesses daqueles com quem se trabalha, escutando-os e respeitando suas opções, permitindo que os interessados reelaborem e reordenem seus próprios conhecimentos e apropriem-se de conhecimentos alheios (GADOTTI, 1989).

Paulo Freire faleceu em 02 de maio de 1997, em São Paulo. Foi um “pensador comprometido com a vida, não pensava idéias, pensava existência”, sendo também um verdadeiro educador, comprometido com o homem, a sua liberdade e a possibilidade desse “ser mais”.

## **4.4 Pressupostos**

### **4.4.1 Pressupostos de Paulo Freire**

- No trabalho de ensinar e aprender, há sempre “educadores-educandos” e ‘educandos-educadores”: ambos ensinam e aprendem.
- Conhecer para transformar, ler a própria vida e escrever a própria história, aprender para viver melhor.
- Ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho.
- Ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo.
- Diálogo é uma relação horizontal. Nutre-se de amor, humildade, esperança, fé e confiança.
- A primeira virtude do diálogo consiste no respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social.

- Diálogo é uma exigência existencial, que possibilita a comunicação e permite ultrapassar o imediatamente vivido.

#### **4.4.2 Pressupostos da Teoria de Orem (Leopardi; Wosny; Martins, 1999, p.75-76).**

- A enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desempenhado pelos enfermeiros para outras pessoas, por um período de tempo.
- As pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família.
- Autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem estar.
- Educação e cultura influenciam os indivíduos.
- Autocuidado é aprendido através da interação humana e comunicação.
- Autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas desempenhadas para tornar conhecidas as necessidades de cuidado.
- As pessoas podem ser autoconfiante e responsáveis por seu próprio autocuidado tanto quanto do cuidado a outros na sua família que não estão capazes de cuidar de si mesmos.
- As pessoas são indivíduos com identidades que são distintas dos outros e do seu meio ambiental.

Para o contexto da assistência de enfermagem os indivíduos com Incontinência urinária submetidos ao tratamento cirúrgico, construímos os seguintes pressupostos pessoais baseados em Orem e Paulo Freire:

- O autocuidado do indivíduo com Incontinência Urinária é influenciado por fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais.
- O paciente com Incontinência Urinária é capaz e tem a necessidade de realizar ações que promovam o autocuidado voltados ao seu bem estar.
- A responsabilidade dos cuidados necessários para uma boa evolução clínica após a cirurgia, depende do paciente juntamente com a família e profissionais de saúde.

- O autocuidado deve ser exercitado pelos pacientes para que a recuperação cirúrgica e resultados desejados sejam eficientes, permitindo um retorno mais rápido ao convívio social.
- A troca de informações entre enfermeiro e paciente é fundamental para a educação em saúde, considerando a fundamentação técnica e científica sem desprezar o conhecimento popular.

## **4.5 Conceitos**

### **Ser Humano**

Segundo Orem, seres humanos diferem de outras coisa vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam, e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmos ao a outros (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993).

Orem acredita que os seres humanos possuem capacidade para aprender e desenvolver-se, e que o funcionamento humano integrado inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais.

Entendemos que ser humano é um ser único, que pensa e reflete acerca de si e do mundo, e, em circunstâncias normais, se auto-cuida, realiza suas atividades e convive com a sociedade.

Neste trabalho o ser humano reage e percebe a incontinência urinária de uma forma distinta, podendo ter sua auto imagem distorcida, influenciando na qualidade de vida e, para sua reintegração social, tem necessidade de desenvolver seu autocuidado.

### **Meio ambiente**

Meio ambiente e ser humano são identificados como unidade caracterizadas por trocas humanas, ambientais e pelo impacto que exercem um sobre o outro (SANTOS, 1991). As alterações ou influencias em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado” (OREM apud BLEYER, 1999).

Percebemos o meio ambiente como o local físico, familiar, social e geográfico no qual o paciente está inserido, onde realiza suas atividades, seu autocuidado e interage com pessoas

que fazem parte de seu convívio social. A Incontinência Urinária causa uma alteração no sistema ser humano/meio ambiente, onde o indivíduo pode deixar de realizar suas atividades por medo e/ou vergonha de perder urina em momentos inesperados. Apesar da internação hospitalar afetar o autocuidado, e restringir o paciente de seu cotidiano, do convívio familiar e de amigos, também cria grandes expectativas em relação ao tratamento, pois ele deposita na cirurgia suas esperanças de poder retornar ao seu convívio social sem incontinência.

## **Saúde**

Orem apoia o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde, “como o estado de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou doença. Ela declara que os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo” (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 96). Apresenta a saúde com base no conceito de cuidados preventivos de saúde, incluindo a promoção e manutenção de saúde (prevenção primária), o tratamento da doença (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

Acreditamos que a saúde e doença são processos interligados ou contínuos, não podendo ser vistos como elementos separados, uma vez que um influencia o outro, e não se define onde começa um e termina o outro.

No indivíduo com Incontinência Urinária o processo saúde-doença está comprometido no aspecto físico, porém sobretudo o psicológico, interpessoal e social, influenciando no seu bem estar, na auto-estima e no autocuidado, já que o início destas alterações começam no momento em que ele percebe a perda de urina e interpreta de acordo com seus conhecimentos e fatores culturais.

## **Enfermagem**

Para Orem a enfermagem é um

serviço humano... um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser tocado”. “Enfermagem é ação voluntária... uma função da inteligência prática dos enfermeiros,... de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes... a enfermagem difere de outros serviços humanos... pela maneira como ela focaliza os seres humanos (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 97).

Dentre os fatores relacionados ao conceito de enfermagem, encontram-se a arte e prudência, o serviço, os papéis e a tecnologia.



Como arte a enfermagem abrange “a realização de uma determinação global das razões pelos quais as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem” (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993, p. 96). A prudência é a qualidade dos profissionais, em buscar e aceitar conselhos, em situações de enfermagem novas ou difíceis, realizar julgamentos corretos, tomar decisões e agir.

Como serviço,

a enfermagem ajuda os indivíduos através das funções desempenhadas por enfermeiros com o objetivo de auxiliar estes indivíduos a realizar seu autocuidado ou realiza por ele, modificando-o e ao seu meio ambiente (ROSSO, 1998, p.29).

Nos papéis inúmeros fatores influenciam os comportamentos: cultura, ambiente, idade, sexo, composição da saúde e situação econômica. Os papéis do enfermeiro e do paciente definem comportamentos esperados para cada um, sendo que a reação de um influencia a ação do outro. O conflito nos comportamentos podem influenciar a realização do autocuidado.

Como tecnologia, a enfermagem refere-se ao conjunto de informação sistematizada sobre um processo ou método para influenciar um resultado desejado, através de um esforço prático, deliberando com ou sem o uso de materiais ou instrumentos (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993).

Definimos enfermagem como um serviço humano, uma arte, tecnologia e um ciência, que auxilia no processo saúde-doença, estimula o autocuidado e realiza-o quando o paciente com Incontinência Urinária está impossibilitado de fazê-lo.

Além disso, é um serviço sensível, incentivador da auto-estima e do autocuidado, que fornece apoio suficiente para encorajar o paciente a enfrentar a Incontinência Urinária de uma forma natural, autocuidando-se, buscando a recuperação e a promoção da saúde.

## **Educação**

Educação como prática da liberdade não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos; não é o ato de depositar informes ou fatos nos educandos; não é “perpetuação dos valores de uma cultura dada”; não é o esforço de adaptação do educando ao seu meio. A educação deve ser um ato coletivo e solidário no qual ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho (FREIRE, 1983, p.78).

O diálogo é um fator essencial para este ato, pois sem ele não há verdadeira educação. Segundo Freire o diálogo é uma relação horizontal permeado por três virtudes: o respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social, o escutar as urgências e opções do educando e a tolerância que é a “virtude de conviver com o diferente para poder brigar com o antagônico” (GADOTTI, 1996).

O educador não pode colocar-se na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber, deve, antes colocar-se na posição humilde de quem sabe que não sabe tudo, reconhecendo que o analfabeto não é um homem “perdido”, fora da realidade, mas alguém que tem toda uma experiência de vida e por isso também é portador de um saber (GADOTTI, 1989, p. 69)

Para que o indivíduo com incontinência urinária aprenda e execute medidas de autocuidado é importante que o enfermeiro respeite o saber do paciente não assumindo uma postura de detentor de todo o conhecimento, se colocando numa posição horizontal de intercomunicação de modo a promover o indivíduo à um agente de auto cuidado. Através deste processo, o enfermeiro juntamente com o paciente construirá um plano de cuidados encorajando-o a executá-lo e realizando-o quando este estiver impossibilitado de fazê-lo.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Contextualização do local de estágio**

As atividades práticas relatadas neste trabalho foram realizadas em três ambientes distintos, na Maternidade Dr. Carlos Corrêa, na Unidade de Internação Ginecológica e Clínica Cirúrgica II do HU. A escolha destes locais foi em virtude de conseguirmos demanda suficiente para a implementação de nosso projeto. Daremos mais enfoque a Clínica Cirúrgica II, pois foi o local onde desenvolvermos nossa prática assistencial durante maior período.

O HU foi fundado em 02 de maio de 1980, presta assistência exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS), possui 236 leitos distribuídos nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, terapia intensiva, pediatria, ginecologia, obstetrícia e neonatologia. Atende ainda a nível ambulatorial e emergencial. Possui laboratório de análises clínicas e patológicas, radiologia, banco de sangue e outros serviços.

A clínica cirúrgica II localiza-se no quarto andar do HU, possui 30 leitos de internação masculino e feminino, com especialidades de urologia, proctologia, plástica, vascular e ortopedia. Dispõe de um posto de enfermagem; sala de curativos; sala de preparo de medicação; sala de chefia; sala de aula, onde são realizadas as passagens de plantão; copa e banheiro para funcionários; sala para equipamentos e guarda dos pertences dos funcionários e espaço para recreação dos pacientes. A equipe de enfermagem é composta por 08 enfermeiros, 09 técnicos de enfermagem, 11 auxiliares de enfermagem e 03 auxiliares de saúde.

A unidade de internação ginecológica situa-se no segundo andar do HU, possui 06 leitos, distribuídos em 3 quartos. Conta com 08 enfermeiros, 09 técnicos de enfermagem, 06 auxiliares de enfermagem.

No HU em cada unidade há uma chefia de enfermagem, sendo que a assistência de enfermagem ocorre sempre na presença de pelo menos um enfermeiro por turno. Possui uma metodologia assistencial baseada na Teoria das Necessidade Humanas Básica Wanda de Aguiar Horta.

A Maternidade Dr. Carlos Corrêa localiza-se no centro de Florianópolis. Hoje atende exclusivamente pacientes particulares e com convênios, prestando serviço de ginecologia e obstetria. Está constituída por 35 leitos, distribuídos em enfermarias, quartos, apartamentos e suítes. A equipe de enfermagem é composta por 01 enfermeira, que trabalha no período da manhã; 04 técnicos de enfermagem, 28 auxiliares de enfermagem e 02 auxiliares de saúde. Na instituição não existe a utilização de uma metodologia, e a assistência de enfermagem ocorre na presença do enfermeiro apenas no período matutino.

## **5.2 População alvo**

A população alvo é constituída por pacientes adultos de ambos os sexos em pré e pós operatório de cirurgia para correção da incontinência urinária, internados nos locais descritos acima e que aceitaram participar do trabalho, juntamente com seus familiares, mediante assinatura de um termo de consentimento informado que foi utilizado durante nossa prática assistencial (Anexo I). Utilizamos nomes fictícios para preservar o anonimato dos pacientes.

O Código de ética da enfermagem brasileira, capítulo IV - artigo 35, cita como dever da enfermagem solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, risco e benefícios, da garantia de anonimato e sigilo, do respeito a privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar sua participação no momento que desejar (apud Machado; Brida, 2001, p.59).

Teve como proposta inicial cuidar e aplicar o processo de enfermagem à cinco pacientes no período de 12 junho a 09 de agosto de 2002.

## **5.3 Processo de Enfermagem**

O processo de enfermagem de Orem apresenta um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis do enfermeiro para satisfazer tais exigências. Este processo é composto por três passos: (1) determinação da razão pela qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem; (2) planejamento do sistema de enfermagem e a assistência, de acordo com o sistema planejado; (3) iniciar, conduzir e controlar as ações de enfermagem.

Para implementarmos nossa proposta assistencial fizemos uma adaptação do processo de Orem e da educação de Freire ao sistema weed utilizado no HU.

### **Passo 1: Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem**

Segundo George (1993), Orem define como a fase onde se determina a necessidade ou não dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro busca respostas as seguintes indagações: (1) qual a demanda terapêutica do autocuidado do paciente, atualmente e futuramente? (2) o paciente possui alguma limitação para comprometer-se com as atividade do auto cuidado de modo a satisfazer sua demanda? (3) em casa afirmativo, de que natureza é esta deficiência e quais as razões de sua existência? (4) o paciente deve ser auxiliado a evitar engajar-se em atividades de autocuidado, ou a proteger capacidades de autocuidado já desenvolvidas, para propósitos terapêuticos? (5) qual é o potencial do paciente para engajar-se em atividades de autocuidado, num período de tempo ainda por vir? O de ampliar ou aprofundar conhecimentos acerca de autocuidado? O de aprender técnicas de autocuidado? O de estimular o desejo de engajar-se em atividades de autocuidado? O de incorporar, de modo eficaz e sólido, medidas básicas de autocuidado (inclusive novos), aos sistema de autocuidado e vida cotidiana?

Uma vez reunidos os dados de avaliação, o enfermeiro precisa analisá-los segundo os requisitos universais, desenvolvimentais e nos desvio de saúde.

Este momento corresponde ao levantamento de dados para identificar os déficits de autocuidado. Utilizamos como instrumento um histórico de enfermagem onde adaptamos o processo de Orem ao sistema weed utilizado no HU (anexo II). Os dados colhidos também foram registrados no subjetivo e objetivo do SOAP, e analisados na análise do mesmo.

### **Passo 2: Projeção e Planejamento do Sistema de Enfermagem**

Segundo Foster & Janssens apud George (1993, p. 101) Orem define este segundo momento como " o planejamento dos sistemas de enfermagem bem como o planejamento da execução dos atos de enfermagem". As duas ações envolvidas no planejamento são a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes e a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes, na tarefa de compensar ou sobrepujar os déficits de autocuidado dos pacientes (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE, 1993).

Com a utilização deste modelo, as metas precisam ser compatíveis e direcionadas às reações do diagnóstico de enfermagem, capacitando o paciente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado. Uma vez determinadas as metas, podem ser programados os objetivos.

Para a obtenção dos objetivos deve ser considerado as condições de tempo, lugar, técnica, duração e ambiente para a realização do autocuidado.

Esta fase foi registrada no plano do SOAP e na prescrição de enfermagem, sendo fundamentada no sistema de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e educação.

### **Passo 3: Produção e Gerenciamento do Sistema de Enfermagem**

O terceiro momento corresponde a implementação, que é a parte prática do processo de enfermagem proposto por Orem. Neste passo, o enfermeiro presta auxílio ao paciente e/ou família no que se refere às ações de autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde, colocando evidências que descrevam os resultados dos cuidados e utilizando tais evidências dos resultados alcançados, em comparação com os resultados especificados no plano do sistema de enfermagem (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE ,1993).

Este passo inclui a evolução, onde juntos, enfermeiro e paciente realizam a avaliação. A evolução é um processo contínuo. Portanto, é importante que o enfermeiro e paciente façam esta avaliação continuamente, identificando e refletindo quaisquer modificações nos dados que afetariam o déficit de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem (FOSTER; JANSSENS apud GEORGE ,1993).

Para Orem, esta etapa corresponde a fase prática do processo de enfermagem, o enfermeiro executa atividades de assistir, ajustar, checar e avaliar as atividades desenvolvidas (SANTOS, 1999).

Neste momento do processo de enfermagem, fizemos uma avaliação diária do paciente considerando o plano de enfermagem implementado, analisando e modificando o planejamento diante das necessidades do autocuidado.

## **5.4 Objetivos e estratégias**

### **Objetivo Geral**

Prestar assistência de enfermagem no período pré e pós operatório à pacientes submetidos a cirurgia para correção de Incontinência Urinária, internados na Maternidade Dr. Carlos Corrêa, na clínica cirúrgica II e unidade de internação ginecológica do Hospital Universitário (HU), e a seus familiares, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem e Paulo Freire.

### **Objetivo Específico 1**

Ampliar a literatura sobre a Incontinência Urinária e suas formas de tratamento, assim como a assistência de enfermagem ao paciente submetido a cirurgia para correção.

#### **Estratégias**

- Realizar leituras sobre o indivíduo incontinente, as alternativas de tratamento disponíveis e os cuidados de enfermagem;
- Consultar material bibliográfico;
- Discutir sobre o tema com profissionais da área e de outros campos de saúde;
- Refletir dúvidas com a orientadora, supervisora e profissionais de saúde sobre o enfoque assistencial.

#### **Aprazamento**

Antes, durante e após a realização do estágio, no período de maio à agosto de 2002.

### **Objetivo específico 2**

Ampliar nossos conhecimentos em relação a teoria de enfermagem de Dorothea Orem e o enfoque pedagógico de Paulo Freire.

#### **Estratégias**

- Realizar leituras sobre a teoria de Dorothea E. Orem e sobre a pedagogia problematizadora de Paulo Freire;
- Avaliar e discutir a utilização do marco teórico dentro do contexto e metodologia da unidade;
- Discutir com orientadora e supervisoras sobre a implementação do marco teórico;
- Refletir sobre os conceitos propostos.

## **Aprazamento**

Meses de maio, junho e julho.

### **Objetivo específico 3**

Cuidar de pacientes com Incontinência Urinária no pré e pós operatório.

#### **Estratégias**

- Interagir com a equipe da Maternidade Dr. Carlos Corrêa e do HU;
- Consultar previamente o mapa cirúrgico;
- Aplicar o processo de enfermagem com cinco pacientes.
- Enfocar a promoção do autocuidado através da educação em saúde.
- Interagir com o paciente para que através de seus conhecimentos, seja construído um plano de cuidados e orientações a respeito da incontinência urinária e processo cirúrgico.

## **Aprazamento**

Durante o período de estágio de junho à agosto.

### **Objetivo específico 4**

Assistir duas técnicas cirúrgicas diferentes para correção de Incontinência Urinária.

#### **Estratégias**

- Interagir e manter contato com cirurgiões, com a enfermeira do centro cirúrgico e equipe cirúrgica;
- Realizar leituras sobre as técnicas visualizadas;
- Consultar previamente o mapa cirúrgico;
- Fazer associação do procedimento cirúrgico com a assistência.

## **Aprazamento**

Período de junho à agosto.

### **Objetivo específico 5**

Participar de atividades que integram assistência, ensino e pesquisa à pessoas com incontinência.

#### **Estratégias**

- Participar das reuniões da liga urológica acadêmica;
- Participar e contribuir com o projeto de criação do grupo de incontinência urinária



do HU;

- Buscar suporte com enfermeiros estomoterapeutas com experiência em incontinência urinária;
- Contribuir no processo ensino - aprendizagem dos acadêmicos e profissionais de saúde que estejam interessados no tema;
- Construir modelos de orientação para pacientes, familiares e equipe de enfermagem, relacionados a cateterismo intermitente, exercícios perineais e outros temas relacionados a incontinência.
- Participar de eventos relacionados a área.

### **Aprazamento**

Meses de maio, junho e julho.

### **Objetivo específico 6**

Desenvolver atividades administrativas na Clínica Cirúrgica II do HU.

#### **Estratégias**

- Acompanhar a enfermeira da unidade no gerenciamento da assistência;
- Compreender a assistência prestada aos pacientes do setor;
- Conhecer o processo de avaliação de desempenho;
- Participar da elaboração da escala de pessoal;
- Conhecer, compreender e analisar os recursos humanos e materiais.

### **Aprazamento**

Durante o período de estágio.

### **Objetivo específico 7**

Promover e estimular a interação dos funcionários com as acadêmicas.

#### **Estratégias**

- Integrar a equipe da unidade na implementação do projeto;
- Apresentar o projeto aos funcionários das unidades;
- Solicitar sugestões para o enriquecimento do mesmo;
- Promover uma confraternização após a apresentação do projeto;
- Interagir com a equipe no cuidado ao paciente com distúrbios urinários.

## ***6 APRESENTANDO E REFLETINDO OS OBJETIVOS PROPOSTOS***

**6.1 Ampliar a literatura sobre a Incontinência Urinária e suas formas de tratamento, assim como a assistência de enfermagem ao paciente submetido a cirurgia para correção.**

Embora tivéssemos feito uma ampla revisão de literatura antes do início do estágio, durante nossa prática assistencial foi necessário que recorrêssemos a outros profissionais da área, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, conseguindo material bibliográfico, discutindo sobre o tema e alternativas de tratamento. Com a escassez de livros em português acerca do assunto, tivemos que solicitar uma dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e traduções de livros de enfermagem em inglês direcionados à incontinência urinária. Outra forma de consulta que utilizamos várias vezes foi a internet, onde acessamos revistas e jornais eletrônicos direcionados a área médica.

Além disso a experiência de nossa supervisora na área cirúrgica favoreceu as discussões sobre a assistência de enfermagem que prestaríamos a estes pacientes. Contamos também com o apoio de nossa orientadora, que nos emprestou revistas de enfermagem, anais de congressos e fitas de vídeo para que conseguíssemos alcançar este objetivo.

Durante nosso estágio constatamos que são poucos os enfermeiros que conhecem e têm motivação para inteirar-se sobre o assunto, talvez por desconhecerem o grande número de pessoas que tem esse problema, o que poderia justificar a escassez de trabalhos de enfermagem na área. Um exemplo disso foram as reuniões do Grupo de Apoio a Pacientes Incontinentes e com Derivações Urinárias (GAPIDU) onde participaram duas professoras do departamento de enfermagem da UFSC, e apesar de serem convidadas várias enfermeiras do

HU somente duas compareceram, uma delas nossa supervisora da clínica cirúrgica II. O grupo iniciou sua estruturação em maio de 2002, com reuniões quinzenais, tendo como finalidade adquirir, aprimorar e trocar conhecimentos e experiências em relação a incontinência e outras derivações urinárias, visando uma assistência de qualidade a estas pessoas. É composto por uma equipe multidisciplinar abrangendo a área de enfermagem, medicina e fisioterapia.

Por sugestão de nossa supervisora construímos um instrumento para coleta de dados (anexo XVII) direcionado as mulheres internadas no HU, com o objetivo de verificar o número de pacientes com incontinência urinária. Este questionário foi aplicado nas três clínicas médicas, nas duas clínicas cirúrgicas do hospital com vinte e seis mulheres internadas no dia vinte e sete de junho com idade variando entre vinte e dois e setenta e nove anos. Obtivemos um resultado surpreendente, 61,5% relataram que perdiam urina. Outra pergunta que fizemos foi se algum profissional de saúde já havia perguntado a respeito da perda urinária e todas responderam que não haviam sido questionadas.

Jahn (1999), alerta para esta questão quando diz que a atenção a pessoas com perda urinária diz respeito principalmente aos profissionais da saúde, os quais são elementos determinantes para proporcionar melhoria nas formas de assistência que vem sendo prestadas, como também em desempenhar papel de agente educador. A qualidade da assistência será melhor a medida que os profissionais de saúde se conscientizem da importância de manter uma comunicação interpessoal visando compor um corpo de conhecimentos sobre o problema.

Diante disso entendemos que seria importante sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, para que venham incluir em suas anotações, tal como o histórico de enfermagem, questões referentes a incontinência urinária.

A participação no GAPIDU e na Liga Urológica Acadêmica (LUA) serviu como estímulo para ampliarmos e aprofundarmos conhecimentos, uma vez que nos proporcionaram a oportunidade de discutir casos clínicos e tratamentos possíveis e de ministrarmos aulas sobre anatomia, fisiologia do trato urinário inferior e tipos de incontinência urinária.

Outro aspecto que contribuiu para este objetivo foi a construção de manuais de autocateterismo para homens e mulheres e um instrumento contendo orientações para o enfermeiro ensinar a autocateterização, pois exigiram além de leitura e pesquisa, reflexões sobre a linguagem utilizada. (anexos VII, VIII e IX )

Concordamos com Maimonides citado por D'Ancona & Júnior (1995, p.VII), que "a perfeição espiritual do homem consiste em tornar-se um ser inteligente - aquele que sabe o

quanto é capaz de aprender. Tal conhecimento não provém da virtude ou religiosidade, mas da investigação e pesquisa".

## **6.2 Ampliar nossos conhecimentos em relação a teoria de enfermagem de Dorothea Orem e o enfoque pedagógico de Paulo Freire.**

Optamos por utilizar Orem e Freire por acreditarmos que as pessoas com incontinência urinária, em especial aquelas que vivenciam o processo cirúrgico, precisam-se autocuidar-se para que a recuperação cirúrgica e os resultados desejados sejam eficientes. Para que o indivíduo desenvolva ações de autocuidado é necessária educação, que para Paulo Freire deve ser um ato coletivo e solidário no qual ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. O enfermeiro ao assumir a postura de quem não é detentor de todo o conhecimento, permite que o paciente contribua com sua história, suas crenças e valores culturais, estabelecendo assim uma relação horizontal onde ambos ensinam e aprendem.

Antes de iniciar o estágio nos reunimos com a supervisora da cirúrgica II para discutir sobre a implementação do marco teórico escolhido. Neste dia ela nos disse: " *é muito difícil utilizar Freire, não estamos acostumados a perguntar o que o paciente sabe antes de passarmos as informações. Vocês vão ter que se policiar!*" Neste momento percebemos que não seria tão simples como tínhamos pensado.

Nas primeiras semanas de estágio nos deparamos com a primeira dificuldade, elaborar o processo de enfermagem direcionado aos pacientes com incontinência urinária e baseado no referencial escolhido. Realizamos leituras de vários livros, teses, trabalhos de conclusão de curso e, por sugestão de nossa orientadora, consultamos um modelo de histórico utilizado por colegas de nossa turma. Enfim, conseguimos construir nosso histórico e adaptar o processo de enfermagem ao sistema Weed utilizado no HU.

Na primeira paciente que implementamos o processo de enfermagem percebemos que apesar de tentarmos nos policiar, algumas vezes era espontâneo darmos orientações sem antes perguntar o que ela sabia sobre o tema. Notamos que estávamos indo contra o nosso próprio conceito de educação, onde dizíamos ser importante que o enfermeiro respeite o saber do paciente, não assumindo uma postura de detentor de todo o conhecimento, se colocando numa posição horizontal de intercomunicação. Começamos então a ler mais sobre Freire e combinamos de além de nos policiar uma iria observar as ações da outra para nos corrigirmos.

No decorrer do estágio revimos os conceitos utilizados no projeto. Além do conceito de educação refletimos sobre os outros conceitos propostos, principalmente com esta primeira paciente, onde percebemos que todos estavam relacionados a incontinência principalmente o de meio ambiente. Defendemos meio ambiente como local físico, familiar, social e geográfico no qual a paciente está inserida, onde realiza suas atividades, seu autocuidado e interage com pessoas que fazem parte de seu convívio social. A incontinência urinária causa uma alteração no sistema ser humano/meio ambiente, onde o indivíduo deixa de realizar suas atividades por medo e/ou vergonha de perder urina em momentos inesperados. Apesar da internação hospitalar afetar o autocuidado e restringir o paciente de seu cotidiano, do convívio familiar e de amigos, também cria grandes expectativas em relação ao tratamento, pois deposita na cirurgia suas esperanças de poder retornar ao convívio social sem perder urina. Apesar de termos elaborado este conceito para a pessoa com incontinência urinária, nos surpreendemos como ele esteve de acordo com a prática, o que nos possibilitou refletir várias vezes sobre o mesmo.

Três dentre as quatro pacientes acompanhadas no processo cirúrgico deixaram de realizar atividades, restringiram seu convívio social, depositando na cirurgia suas esperanças de voltar a realizar atividade de seu cotidiano sem perder urina. Como relataram algumas pacientes:

*"Quando eu ficar boa quero fazer ginástica, sair, dançar". (Atenas)*

*"Espero que a cirurgia resolva este problema de perda de urina". (Tessália)*

*"Quero ficar boa, porque daquele jeito não dá mais". Quero voltar a limpar a casa, cozinhar". (Olimpia)*

Ao construirmos este conceito o relacionamos ao paciente cirúrgico, no entanto sua aplicabilidade foi além deste. Por sugestão de nossa orientadora aplicamos um de nossos processos a um paciente com incontinência urinária decorrente de prostatectomia radical realizada há mais ou menos cinco anos. Este paciente também havia restringido suas saídas, seu convívio com amigos e familiares, no entanto, suas perspectivas quanto a saúde não estavam relacionadas a cirurgia, mas a melhoria da sua qualidade de vida.

*"Deixei de ir a casa dos filhos por vergonha de perder urina no carro ou no ônibus e de precisar ir ao banheiro a cada meia hora. Essa idéia da bolsa é muito boa". (referindo-se a bolsa coletora de perna) (Mileto)*

Jahn (1997), coloca que a incontinência urinária não só atrapalha como também acaba restringindo as atividades diárias das pessoas incontinentes, que acabam optando por permanecer no ambiente familiar, no qual de certa forma controlam e contornam os episódios de perda urinária, assim como asseguram que os mesmos ocorram neste recinto. Mesmo que para isto tenha que abdicar de aspectos importante inerentes a qualquer ser humano que é a necessidade de contatos sociais.

O conceito de ser humano também foi muito importante para a implementação de nosso trabalho, pois percebemos que cada paciente reagia à incontinência urinária de forma distinta, de acordo com sua bagagem cultural e fatores biopsicosociais. Alguns encaravam a incontinência urinária como um processo normal do envelhecimento, e outros tinham sua auto-imagem distorcida, influenciando na qualidade de vida e interação social, como se comprovam nas seguintes falas:

*"Continuo fazendo as mesmas atividades". (Tessália)*

*"Deixo de sair para evitar escândalos". (Olímpia)*

Tomaseli (1991), refere que a imagem corporal tem um mecanismo pelo qual o indivíduo é capaz de manter sua estabilidade interior enquanto interage com o mundo. É composta por elementos que integram a multidimensionalidade que não se restringem apenas as limitações externas do corpo, mas aos sentimentos e atitudes em relação a este, experiências passadas de imagem corporal e a natureza interativa da imagem do corpo com outros indivíduos da sociedade. Jahn (1997), comenta que situações constrangedoras como a perda de urina em público faz com que o indivíduo incontinente tenha que enfrentar o imaginário das pessoas e sinta como se tivesse que dar satisfações e justificativas por não ter culpa de ser incontinente, limitando ou restringindo suas atividades fora do lar.

Em nosso trabalho não há um conceito exclusivo para família, mas o incluímos dentro do conceito e o abordamos no decorrer do estágio. Jahn (1997), diz que os profissionais de saúde podem desenvolver um trabalho voltado as pessoas com incontinência urinária e a seus

familiares, para promover maior oportunidade de resolver este problema, tornando-os menos isolados, mais seguros e confortáveis. Para Orem as pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado tanto quanto do cuidado a outros na sua família que não estão capazes de cuidar de si mesmos. (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999)

Concordamos com as autoras, pois acreditamos que a enfermagem tem grande potencial e poderá desenvolver um trabalho eficiente com as pessoas incontinentes e seus familiares, para que se tornem agente de autocuidado. Em nosso cotidiano procuramos realizar esta interação utilizando o diálogo, e com humildade aprendíamos o que cada um deles tinha a nos ensinar, assim, com o passar dos dias fomos estabelecendo uma relação de confiança com estes pacientes. Confessamos que muitas vezes nos comovemos com suas histórias e ficamos surpresas com revelações tão íntimas que nos faziam.

Estamos de acordo com Freire (1983), quando diz que o diálogo se faz numa relação horizontal ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, em que a confiança é uma consequência óbvia.

Apesar de exercemos no dia a dia a pedagogia problematizadora de Paulo Freire sentimos dificuldade em transcrevê-la no processo de enfermagem, uma vez que estávamos habituadas a forma prescritiva que aprendemos no decorrer do curso. Refletindo sobre este objetivo concluímos que ele foi alcançado, a associação de Freire com Orem foi de grande valia para a nossa prática assistencial, pois os indivíduos com incontinência urinária podem sofrer alterações na auto-estima, na auto-imagem, na relação familiar e social, tendo necessidade de reaprender para autocuidar-se e conviver de forma mais saudável com este distúrbio urinário.

### **6.3 Cuidar de pacientes com incontinência urinária no pré e pós operatório.**

No decorrer do estágio este objetivo esteve intimamente ligado aos outros, principalmente os que se referem a ampliação dos conhecimentos do marco teórico utilizados e do aprofundamento da literatura sobre incontinência urinária pois estes nos deram subsídios para prestarmos assistência a pacientes e para elaborarmos um processo de enfermagem baseado em Orem e Freire.

Logo no primeiro dia da nossa prática assistencial, durante a passagem de plantão, identificamos que havia uma paciente que fazia um sling vaginal. Nos apresentamos a ela e falamos sobre o nosso interesse em acompanhá-la nos períodos trans e pós-operatório. A

mesma lembrou que uma de nós havia realizado um estudo urodinâmico na semana anterior e disse:

*"Ela foi tão boazinha e atenciosa, se estiverem lá, estarei em boas mãos".(Creta)*

Já no centro cirúrgico, num período anterior a anestesia, segurou em nossas mãos e nos agradeceu por estarmos ali. Isso nos fez perceber que as vezes pequenos gestos assumem grande importância para quem está passando por um procedimento cirúrgico e que um vínculo pré estabelecido pode auxiliar o enfermeiro a aliviar a ansiedade do paciente, encorajando-o a expressar o que está sentindo, ouvindo-o e proporcionando orientações que o ajudem a aliviar as preocupações, tais como, as dos paciente abaixo:

*"Será que além de erguer a bexiga eles vão cortar lá? Eu tô preocupada com isso, porque ter mais fio não dá, né?". (referindo-se a laqueadura) (Esparta)*

*"Estou angustiada porque esqueci de falar para os médicos que eu tive hemorragia na última cirurgia que fiz e que meu sangue é O+. vocês falam pra eles?". (Olimpia)*

Optamos por não aplicar o processo de enfermagem a Creta pois não tivemos a oportunidade de acompanhá-la no pré-operatório e porque esta paciente internou com queixa de perda urinária, mas na verdade queria retirar a tela de Marlex, colocada há um ano para correção de incontinência urinária, pois estava machucando o pênis do marido durante o coito.

Cada processo implementado teve sua particularidade as quais iremos descrever a seguir. Nosso primeiro processo de enfermagem (AnexoV), foi na segunda semana de estágio com Atenas, sem dúvida foi o mais rico e ao mesmo tempo mais complicado, não somente por termos detectado alterações tanto no aspecto social, quanto físico e psicológico, quanto por estarmos ainda nos adaptando ao marco teórico escolhido. Tratava-se de uma paciente jovem, com 28 anos apresentando incontinência urinária aos esforços e cistocele segundo grau. Ao conversarmos com ela a respeito de nosso trabalho e pedir seu consentimento em participar deste ela concordou e disse:

*"Sou a paciente mais jovem do trabalho de vocês, não é? Vai, pode dizer...Nunca vi ninguém da minha idade ter esse problema. Minha mãe fez esta cirurgia com 55 anos, eu tenho 28!"*



Explicamos que mesmo crianças podem apresentar perda urinária. A incontinência acomete cerca de vinte e cinco por cento das mulheres em período reprodutivo, o que acontece é que muitas vão levando, usando forrinho, absorvente e essa perda tende a se acentuar durante a menopausa devido a diminuição de hormônios que ocorrem nesta época. Por isso que ouvimos mais idosos reclamando disso.

Outras pacientes associaram este distúrbio urinário a velhice:

*"O meu último filho eu tive com 36 anos , e a perda urinária apareceu só com 61.Então dos partos não é, né? Acho que é um pouco da idade..." (Olímpia, 62 anos)*

*"Eu não estou tão velha pra ficá me urinando." (Esparta,41 anos)*

Existe uma tendência social em atribuir a perda urinária ao processo normal do envelhecimento. É importante mencionar que , embora mudanças associadas a este processo contribuem para a susceptibilidade de pessoas idosas à incontinência, ela não é uma companheira inevitável da velhice, nem uma condição normal. Essa concepção é um dos mitos que precisa ser desmistificado , quanto mais cedo for identificada maiores serão as possibilidades de sucesso no tratamento.(ENGERBERG et al 1995;MC BRIDE, 1996; PIRES,1996; apud JAHN,1997)

No contato com estes pacientes pudemos observar a dimensão que a perda urinária pode ter sobre a vida das pessoas. Dentre os cinco processos implementados, todos referiram algum tipo de restrição de atividades e/ou mudança no estilo de vida, como mostram os depoimentos a seguir:

*"Tive de deixar de sair para evitar escândalo, quando vou ao mercado tenho que ir depressa, fazer as compras rapidinho. Não posso pegar nada no chão que a urina escapa. É muito chato!" (Olímpia)*

*" A gente fica desanimado porque não dá pra ir aos lugares. Eu não vou até a pinheira visitar meus filhos porque é longe". (Mileto)*

*"Eu larguei o serviço há uns 5 meses e daí eu procurei o médico porque começou a escapar mais urina ...Com qualquer espirro e tossezinha saía...(Esparta)*

*"Antes a gente viajava bastante, mas agora sair para ficar parando de posto em posto não dá. Quando a gente viaja eu fico o dia todo sem tomar água. Já aconteceu de eu perder urina no carro, daí o meu marido comentou sobre o cheiro e eu falei que era da fralda do meu neném. Eu também adorava sair para dançar, mas faz tempo que eu não saio". (Atenas)*

Desta forma concordamos com Jetter; Faller; Norton (1990), e Uronews (1998) quando dizem que as pessoas afetadas geralmente sentem-se constrangidas e sozinhas, tais sentimentos são freqüentemente validados pelas reações da sociedade, família e amigos. Pessoas incontinentes freqüentemente optam por esconder ou disfarçar seu problema e, por medo de que ocorra perda de urina em locais indesejados, deixam de realizar atividades, ficam em casa ou saem para lugares perto de casa para evitar situações embaraçosas.

A primeira paciente, Atenas, mostrou-se receptiva, comunicativa, interessada em nosso trabalho, o que facilitou nossa interação, permitindo que abordássemos outras questões além daquelas presentes no histórico de enfermagem. Após colhermos o histórico (Anexo V) começamos a refletir sobre o seu caso. Demonstrava preocupação em relação a estética, mantinha seu peso dez quilos abaixo de sua altura, fazia hidroginástica e gostava de usar roupas da "moda", o que se tornou "impossível" após a última gestação, pois teve pré-eclâmpsia, engordando 24kg. Após um parto prolongado e difícil, há um ano e meio, começou a perder urina, deixando de realizar atividades físicas e passando a usar roupas largas e escuras. Preocupada por não conseguir emagrecer, procurou um endocrinologista o qual lhe receitou um diurético, acentuando a perda urinária. Por iniciativa própria, interrompeu o uso do medicamento. Algumas de suas atitudes nos chamaram a atenção, entre elas a forma como se referia ao marido e o fato de não ter contado a ele e a família sobre a incontinência urinária. Além disso, por medo de perder urina durante o coito, diminuiu o número de relações sexuais apesar de sentir vontade, colocando o esposo a dormir em outro quarto, desde o nascimento do filho, dizendo que era por causa do "ronco". Optou por não compartilhar o que estava passando, isolando a si mesma e ao marido. Atitudes simples como urinar antes da relação sexual poderiam evitar este tipo de constrangimento no entanto, ao abordarmos esta possibilidade, referiu que não se sentiria a vontade de pedir ao marido para esvaziar a bexiga, uma vez que esse não sabia do problema.

Algumas mulheres experienciam a incontinência urinária durante a atividade sexual, não se sabe o quanto isto é comum, de qualquer modo pode ser uma fonte de preocupação e constrangimento. Algumas podem não ter discutido de modo franco o problema com o

parceiro e outras podem encarar como um aborrecimento secundário. Este vazamento geralmente ocorre durante o momento do orgasmo, onde freqüentemente todo o conteúdo da bexiga é esvaziado. Sempre que possível o paciente deveria esvaziar totalmente a bexiga antes de iniciar a atividade sexual, o leito pode ser protegido com uma toalha espessa ou cobertura de lençóis laváveis afim de minimizar o desconforto e a inconveniência depois do ato. Casais que tem um relacionamento estreito e afetuoso um banho pós coito tomados juntos, é com freqüência a única conseqüência da incontinência na mulher. (JETTER; FALLER; NORTON, 1990)

Encontramos na revisão de literatura que estas alterações no estilo de vida poderiam ocorrer, mas não esperávamos encontrá-las em uma só pessoa e ainda em nosso primeiro processo. Acreditando que as maiores repercussões estavam ocorrendo na relação conjugal e familiar, fomos procurar auxílio da supervisora da clínica cirúrgica II, pois não sabíamos como agir diante da situação. Ela nos disse:

*"investiguem o que tem por traz disso, alguma coisa têm. Vejam como é a relação dela com o filho, o que ela sente em relação ao marido. As vezes ela não gosta mais dele e está usando isso como desculpa ou é uma forma de culpá-lo por ter engravidado e ficado assim".*

Com este estímulo voltamos para a unidade de internação de ginecológica pensando em como abordar um assunto tão íntimo. *Será que ela não vai nos achar intrometidas?* Pensando assim, decidimos esperar o momento certo, um momento em que ela se sentisse a vontade para falar, e isso aconteceu apenas no último dia de sua internação. Enquanto construíamos com ela uma plano de orientações para alta abordamos o retorno a atividade sexual, foi então que a paciente desabafou:

*"Passei num concurso difícilimo para trabalhar na aeronáutica. A concorrência é maior do que para medicina, tive que estudar muito. Quando fui fazer os exames para ser contratada, descobri que estava grávida. Podia ter tudo naquele momento, menos gravidez".*

*"De alguma forma você culpa o seu marido por isso?" (acadêmicas)*

*"Sem dúvida culpei ele várias vezes" (Atenas)*

Este relato demonstra que Atenas aparentemente tomou consciência da sua situação, com nossa ajuda refletiu sobre suas atitudes, que estas poderiam estar sendo prejudiciais não somente a ela, isolando-se do marido e da sociedade quanto ao seu relacionamento familiar.

Freire (1983), refere que a tomada de consciência da situação faz com que os homens se apropriem dela como realidade histórica e por isso mesmo capaz de ser transformada por eles. Percebemos que muitas vezes a incontinência urinária foi encarada pelos pacientes como um obstáculo que não conseguiam ultrapassar, procuramos ajudá-los a enfrentar esta realidade de forma crítica, desenvolvendo um clima de confiança para que superassem essa situação de forma ativa, autocuidando-se para melhorar ou diminuir a perda urinária e/ou sua qualidade de vida. Acreditamos que para isso é necessário que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, conheçam e entendam sobre o tema e sobre o impacto que este pode causar na vida das pessoas, assim poderão atuar como agentes educadores favorecendo o autocuidado, a auto-educação e a auto-estima dos pessoas incontinentes.

É importante mencionar que todos os pacientes referiram utilizar medidas de autocuidado na tentativa de evitar algum constrangimento social. Para Orem, autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida saúde e bem estar. Nos quatro processos implementados com pacientes do sexo feminino, a medida de autocuidado que mais apareceu foi o uso de protetor higiênico ("forninhos" e absorventes). Ainda foram citados a diminuição da ingestão hídrica antes de sair, urinar com mais frequência e uso de calças pretas. Engeberg et al citado por Jahn (1997), dizem que embora os dispositivos protetores nada façam para evitar a incontinência urinária, reduzem o medo de situações constrangedoras, permitindo que as mulheres permaneçam físicas e socialmente ativas.

A medida de autocuidado realizado por Miletto, único processo com paciente do sexo masculino do trabalho, trata-se de um interessante invento, idealizado pelo próprio paciente. Ele desenvolveu uma espécie de bolsa coletora artesanal, composta de um elástico que passava pela cintura e era preso a um saco plástico por borrachinhas de dinheiro. Na ponta inferior do saco plástico, existe um furo com um pedaço de mais ou menos dois centímetros de mangueira amarrado por uma borrachinha e fechado com uma rolha. (AnexoXII)

*"Eu usava isso para sair, quando eu sentia que tava cheio, pesando, eu parava num lugarzinho que não tivesse gente, abria essa rolhinha e a urina saia por ali. Daí eu fechava e voltava a andar". (Miletto)*

Este paciente estava internado na clínica cirúrgica II com queixa de hematúria, dor à micção e diagnóstico médico de infecção urinária de repetição. Apesar de passarmos visita todos os dias nos quartos não nos atentamos para o seu caso, pois vários pacientes também utilizavam jontex. Precisou um "empurrãozinho" de nossa orientadora e supervisora para que investigássemos o seu caso. De certa forma nos sentimos frustradas por não termos "acordado" para isso antes, afinal ele estava internado há quase uma semana e iria de alta exatamente naquele dia.

Tratava-se de uma incontinência urinária decorrente de lesão iatrogênica da área esfíncteriana, ocasionado pelo tratamento cirúrgico (Prostatectomia Radical) de câncer de próstata. Bruchini; Kano & Damião (1999), coloca que a incontinência urinária pós prostatectomia é uma complicação grave, afetando de 2% a 87% dos pacientes submetidos a prostatectomia radical. Entre os fatores de risco para o surgimento ou agravamento da incontinência estão a idade superior a 70anos, peso do paciente, estágio clínico do tumor e a técnica operatória empregada. De acordo com D'Ancona & Rodrigues Netto Júnior (1995), o mecanismo de continência no homem é mantida por três componentes: 1- Esfíncter interno composto por fibras musculares lisas de disposição circular que formam um verdadeiro colar ao nível do colo vesical e que avançam distalmente em direção a cápsula prostática. 2- O mecanismo passivo é formado pelos segmentos prostático e membranoso da uretra. É também conhecido como rabdoesfíncter, formado por musculatura estriada de contração lenta, que é capaz de produzir contrações muito prolongadas. É o principal elemento de continência após a prostatectomia. Insinua-se na próstata até o verumontanum, o que explica a lesão esfíncteriana durante a prostatectomia. 3-O esfíncter externo (musculatura estriada do assoalho pélvico) contribui muito na manutenção da continência passiva. Por ser formado por fibras musculares de contração rápida e de caráter voluntário e que facilmente entra em fadiga, este esfíncter apenas interrompe o jato urinário temporariamente. Este paciente provavelmente teve os esfíncteres lesionados durante a cirurgia, com isso sua bexiga não consegue acomodar uma quantidade de urina adequada ficando com o passar do tempo diminuída. (anexoX) Os diagnósticos por imagem são exames opcionais quando há necessidade de informação a respeito do estado anatômico do trato urinário baixo (BRUSCHINI; KANO; DAMIÃO, 1999).

O tratamento para essa insuficiência esfíncteriana é voltado ao aumento da resistência uretral. D'Ancona & Rodrigues Netto Júnior (1995) citam como tratamento as injeções periuretrais, os esfíncteres artificiais e as técnicas constrictivas. Apesar de existirem, estes

tratamentos estavam muito distantes da realidade do paciente, pois são muito caros e o Sistema Único de Saúde não cobre os gastos com estes procedimentos.

Nos empenhamos em procurar alternativas que melhorassem a sua qualidade de vida. Refletimos com o paciente sobre a possibilidade de utilizar a bolsa coletora de perna, levando em consideração suas condições financeiras e aceitação em relação ao equipamento. O mesmo mostrou-se entusiasmado e nos perguntou onde compraria a bolsa coletora. Combinamos de fazer uma visita domiciliar para ver como estava se adaptando, a qual está relatada nas atividades não programadas.

Dentre as outras pacientes que acompanhamos, percebemos que para algumas a melhoria na qualidade de vida se restringia somente a cirurgia, criando grandes expectativas em relação a mesma, e acreditando que a continência iria ocorrer de forma imediata, desconsiderando a possibilidade desta ocorrer a longo prazo, ou que os resultados desejados não fossem totalmente efetivos.

*"A cirurgia é o único remédio para o meu problema". (Atenas)*

*"Espero que a cirurgia possa resolver o problema da perda de urina". (Tessália)*

*"Depois desta cirurgia quero ficar boa, porque daquele jeito não dá mais". (Olimpia)*

Percebendo todas essas expectativas, conversávamos com as pacientes sobre o assunto em momentos que considerávamos oportunos, para que nossas palavras não fossem interpretadas erroneamente e causassem ansiedade em relação a cirurgia. Falávamos sobre as reais chances de cura e sobre o tempo, que a continência poderia demorar para acontecer, devido a readaptação das estruturas envolvidas no procedimento cirúrgico, ressaltávamos sobre a importância do autocuidado no pós-operatório, e como este poderia estar influenciando numa boa recuperação e em resultados mais efetivos.

O ensino pré-operatório é um componente essencial na assistência à pacientes cirúrgicos, pois informações insuficientes sobre a doença, as rotinas e os procedimentos hospitalares podem ser causadores de ansiedade. Em nossa prática assistencial, ao interagirmos com os pacientes que se submetiam a cirurgia, perguntávamos o que sabiam a respeito da incontinência urinária, do procedimento cirúrgico, da anestesia, centro cirúrgico e outros assuntos. A medida que respondiam estas questões construíamos as orientações.

Acadêmicas: *"Você já fez alguma cirurgia?"*

Atenas: *"sim"*

Acadêmicas: *"Lembra de como era o centro cirúrgico?"*

Atenas: *"Lembro que tinha umas luzes e uns aparelhos que ficavam apitando."*

Como estávamos usando Paulo Freire nas ações educativas, nos policiávamos para não darmos orientações antes de questionar o conhecimento dos pacientes sobre o assunto, embora algumas vezes a "força do hábito" fazia com que fugíssemos do que tínhamos preconizado. Procurávamos dialogar com os pacientes nos mostrando disponíveis a escutá-los. Os temas de nossas conversas iam surgindo conforme suas dúvidas, seus anseios, relacionado ao que cada um estava passando. Freire (1983), reforça quando coloca que "os temas existem nos homens, em suas relações com o mundo, referidos a fatos concretos".

A presença de sonda vesical de demora, fluidoterapia, sangramento vaginal e incisão cirúrgica eram algumas situações que exigiam ações de autocuidado. Estimulávamos que estas observassem a quantidade, cheiro e cor do sangramento vaginal, características da incisão cirúrgica; estimulávamos a deambulação precoce e cuidados com a sonda vesical, para que mantivessem a bolsa coleta na altura do joelho e para que não tracionassem a sonda ao deambular; relatassem a presença de dor e qualquer alteração na punção venosa. Conforme elas adquiriam habilidades e conhecimentos desenvolviam capacidade de escolher a melhor forma de autocuidar-se, preocupando-se com o seu bem estar, recuperação cirúrgica e tornando-se agentes de autocuidado. Pelas características da cirurgia, em todos os indivíduos que acompanhamos não foi necessário utilizar o sistema de enfermagem totalmente compensatório, pois de uma forma ou de outra desenvolviam ações de autocuidado. Cabe a equipe de saúde favorecer o acesso a informações, permitindo e estimulando que o indivíduo se autocuide e participe de seu cuidado quando estiver incapaz de prover um autocuidado eficaz.

#### **6.4 Assistir duas técnicas cirúrgicas diferentes para correção de Incontinência Urinária.**

Ao acompanharmos a segunda paciente, Tessália, assistimos a primeira cirurgia, que era para correção de incontinência e laqueadura. Este dia foi muito cansativo, pois tínhamos ficado a manhã inteira acompanhando a paciente e estávamos aguardando sua cirurgia que era segue das 13:30h. Foram mais de três horas da espera, acompanhamos a paciente até a porta

do centro cirúrgico e dissemos: "*nos encontramos lá dentro!*" Nos apresentamos a equipe do centro cirúrgico e falamos sobre o objetivo de nosso trabalho. Na sala de cirurgia conversamos com a paciente antes da anestesia fazer efeito, como já havíamos estabelecido uma interação com ela, acreditamos que este vínculo tenha auxiliado a paciente a expor o que estava pensando naquele momento.

*"Vocês óiem bem o que eles vão fazer, eu não quero que eles amarrem, quero que cortem bem cortadinho!"*. (referindo-se a laqueadura)

No início da cirurgia não conseguimos interagir muito com a equipe cirúrgica, apesar da boa receptividade. Por falta de funcionários no centro cirúrgico, nesta sala havia somente a instrumentadora, o que nos permitiu atuar como circulantes no procedimento e interagir mais com a equipe. Durante a cirurgia os cirurgiões iam nos relatando o que faziam, devido a revisão bibliográfica que fizemos tínhamos noção do que estava sendo feito, conseguindo comparar a teoria com a prática, o que nos entusiasmou, pois não pensamos que conseguiríamos fazer uma relação tão eficiente a ponto de identificarmos as estruturas envolvidas no procedimento, como as trompas, a bexiga e principalmente o ligamento de cooper.

A cirurgia feita foi de uretropexia retropúbica utilizando a técnica de Burch, realizada no HU por dois ginecologistas. Alguns autores chamam esta cirurgia de colpossuspensão retropúbica. Neste tipo de cirurgia são identificados os tecidos periuretrais mais resistentes, próximos ao colo vesical e estes são suturados a uma forte estrutura ou tecido ligado ao pubis. Na técnica de Burch os tecidos paravaginais são fixados ao ligamento de cooper.

Após a anestesia a paciente é colocada em posição semiginecológica, realiza-se a anti-sepsia e se introduz uma sonda foley nº12; é feita uma incisão longitudinal mediana infra-umbilical abrangendo pele e tecido subcutâneo; abertura da aponeurose anterior e separação dos músculos retos anteriores ao abdome; exposição do espaço de Retzius; individualização do ligamento de cooper; o auxiliar com a mão introduzida na vagina eleva o fórnice vaginal anterior em direção ao pubis; o cirurgião identificando a parede vaginal sutura-a a cada lado do ligamento de cooper; são dados três pontos de cada lado de maneira simétricos todos próximos a junção uretro vesical, a qual é reconhecida pela presença do balão da sonda foley discretamente tracionado; revisão da hemostasia e sutura dos planos.(HALBE, 1994).



Quando terminou a cirurgia estávamos mais comunicativas e até conversamos com um dos cirurgiões sobre a drenagem vesical nas primeiras vinte e quatro horas. Falamos que tínhamos encontrado opiniões diferentes na literatura e este nos confirmou que esta conduta depende de cada médico, que suas pacientes abrem a sonda a cada quatro horas e quando vão para casa sondadas também indica esta conduta.

Agradecemos toda a equipe pela colaboração e nos despedimos da paciente dizendo que no outro dia voltaríamos a vê-la.

A segunda cirurgia que assistimos foi da paciente Olímpia que acompanhamos na Maternidade Dr. Carlos Corrêa. Foi realizada por dois urologistas que utilizaram a técnica de sling vaginal para a correção de incontinência urinária e cistocele. O objetivo deste tipo de cirurgia é criar um novo suporte para a uretra facilitando o funcionamento do mecanismo intrínseco. A técnica que visualizamos foi um pouco diferente do sling convencional, ao invés de ser retirado uma faixa da fâscia do músculo reto abdominal é feito uma incisão vertical retangular da parede vaginal anterior com base na altura do colo vesical. Realiza-se uma rotação desta faixa passando-a ao redor da uretra e levando-a em direção ao abdome em ambos os lados. Os fios de sutura da extremidade do sling são amarrados na aponeurose do reto abdominal. Por esta técnica ser feita por via vaginal e uma pequena incisão suprapúbica não conseguimos visualizar tão bem as estruturas como na técnica de Burch, mas os cirurgiões iam nos explicando cada etapa do procedimento facilitando nossa compreensão. Assim como eles toda a equipe cirúrgica foi bastante receptiva, nos convidando a voltarmos outras vezes.

Associando o procedimento cirúrgico as reações da paciente no pós-operatório, percebemos que dependendo da técnica utilizada estas podem diferenciar-se, como a dor na incisão supra púbica, que na cirurgia de Burch pode ser mais intensa devido ao maior trauma causado. A primeira paciente referiu muita dor na incisão sendo necessário a administração de analgésicos várias vezes no pós-operatório, enquanto que a segunda paciente quando questionada referiu apenas uma dor suportável. Outro aspecto a ser considerado é o retorno as atividades físicas, na técnica de Burch ocorre num período maior, em torno de sessenta dias, enquanto no sling este retorno é de trinta dias. Consideramos que este objetivo esteve intimamente ligado a nossa prática assistencial, pois acreditamos que a medida que conhecemos o tipo de cirurgia realizada conseguimos prestar uma melhor assistência e entender algumas reações e cuidados necessários no pós-operatório.

### **6.5 Participar de atividades que integram assistência, ensino e pesquisa à pessoas com incontinência.**

Começamos a realizar este objetivo desde a primeira semana de estágio, participando da Liga Urológica Acadêmica (LUA). E onde estavam presentes alunos de medicina, professores de urologia, patologistas e radiologistas. Os casos discutidos não abordavam somente a incontinência urinária, tratavam-se de assuntos variados relacionados a urologia, como a estenose de uretra, hiperplasia prostática benigna, câncer de próstata, e outros. Neste dia, foram discutidos dois casos clínicos: tumor de testículo e urolitíase, apresentado pelos alunos e complementado pelos profissionais presentes com peças anatômicas e exames radiológicos referentes ao caso.

Ficamos motivadas pois o professor mostrou-se bastante receptivo e tornou a nos convidar para os próximos encontros que acontecem todas as segundas feiras das 19:15 às 21:30 horas . A cada encontro adquiríamos e aprimorávamos conhecimentos e, mesmo cansadas, tínhamos empolgação para participar. Além destes encontros a LUA promoveu dois cursos que também freqüentamos , o de Transplante Renal e o de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Participávamos também das reuniões de estruturação do Grupo de Apoio a Pacientes Incontinentes e Derivações Urinárias (GAPIDU) , juntamente com 01 professor de urologia, 02 professoras de enfermagem da UFSC, enfermeiros do HU e uma aluna de fisioterapia. Na segunda reunião com o intuito de nivelar os conhecimentos entre os participantes do grupo e promover sua interação com a LUA, foi sugerido que as reuniões passassem a ocorrer antes do início da mesma, sendo sugerido que ministrássemos uma aula sobre a anatomia e fisiologia do trato urinário inferior (Anexo XIV). Neste dia tivemos vontade de desistir deste objetivo, não nos considerávamos capazes de ministrar uma aula a acadêmicos de medicina, médicos e enfermeiros. Foram 15 dias de angústia até a apresentação , ficamos muito nervosas, e sentimos um calorão em nossas faces durante a apresentação , mas conseguimos vencer este obstáculo. Os professores presentes nos elogiaram e agradeceram por nosso empenho com isso percebemos que somos capazes de vencer desafios . Nesta reunião foi decidido que no próximo encontro, em 15 dias, , apresentaríamos os tipos de incontinência e que um caso clínico sobre este distúrbio iria ser apresentado por um acadêmico de medicina.

Por convite de nossa supervisora apresentamos esses assuntos aos funcionários da clínica cirúrgica II e aos alunos da 6ª fase(Anexo XV): Nos sentimos mais seguras nesta

apresentação, onde houve uma maior participação das pessoas presentes realizando perguntas relacionadas ao tema. Após o término foram feitos alguns comentários.

*"A apresentação de vocês foi bem legal, é uma pena que com o movimento daqui da unidade não deu para assistir até o final".* (elemento da equipe de enfermagem)

*"Eu gostei da apresentação de vocês, até queria fazer uma pergunta, mas tive que sair para preparar medicação...".* (elemento da equipe de enfermagem)

*"Interessante esse assunto que vocês apresentaram. Parabéns pela apresentação".* (acadêmica da 6ª fase)

Além dessas atividades, construímos um manual de auto-cateterismo para homens e um para mulheres (Anexos VIII e IX), baseados em um modelo encontrado na internet. Elaboramos também um manual de orientações para o enfermeiro ensinar o auto-cateterismo (Anexo VII). Iniciamos um manual de exercícios perineais o qual não foi concluído por não conseguirmos fotos para ilustrar o mesmo. Acreditamos que dentre tantos os papéis que o enfermeiro desempenha o de educador está presente em praticamente todas as suas ações, e entendemos que para exercer este papel é necessário que se atualize, participe de grupos de pesquisa, adquirindo novos conhecimentos, experiências e aprimorando aquelas já existentes. A elaboração destes materiais educativos vêm contribuir na construção de conhecimentos para a enfermagem, uma vez que alguns enfermeiros durante nosso estágio relataram desconhecer a técnica de autocateterização intermitente limpa, o que vem reforçar nossa colaboração significativa na prática assistencial do enfermeiro.

Concluimos que este objetivo foi alcançado e que estas atividades contribuíram para o nosso crescimento e amadurecimento tanto profissional quanto pessoal. Superamos os medos e barreiras encontradas, onde cada vivência teve sua particularidade no nosso aprendizado e aprimoramento de nossos conhecimentos.

Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de aprender. Por isso, somos os únicos em que aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e a aventura do espírito. (FREIRE, 1997, p.77)

## **6.6 Desenvolver atividades voltadas para o gerenciamento da assistência na clínica cirúrgica II do HU.**

Optamos por incluir este objetivo em nosso trabalho devido ao pouco tempo de estágio em administração durante a graduação e por acreditarmos ser essa função inerente ao enfermeiro, a qual vamos exercer durante toda a nossa vida profissional. Marquis & Huston (1999), dizem que a teoria e a prática de liderança e gerenciamento costumam ser limitadas. Na melhor das hipóteses, aquele que aprende pode ter apenas experiências como observador de líderes e gerentes. Com isso, a maioria dos gerentes novatos tem pouca oportunidade de praticar suas habilidades gerenciais antes de assumir seu primeiro emprego.

No início apenas acompanhávamos e observávamos a enfermeira assistencial nas suas atividades diárias. Durante a visita aos pacientes praticamente não falávamos, até a nossa apresentação ficava a cargo da enfermeira. Nesta época interagíamos pouco com os outros integrantes da equipe, pois ainda estávamos conhecendo as rotinas do setor. Ficamos preocupadas com tantas atribuições que a enfermeira precisava realizar. Passar visita, atualizar o censo, marcar exames, ver transporte, avaliar curativos, resolver as intercorrências que aparecerem, colocar horários nas prescrições, fazer o livro, e ainda dezesseis evoluções numa manhã! Segundo Svaldi citado por Machado & Brida (2002), geralmente observa-se nas organizações que há, claramente, um acúmulo impressionante de atividades, tanto assistenciais como gerenciais.

Com o passar dos dias, tendo uma maior noção de como se processava o gerenciamento da assistência, começamos a ter mais iniciativa e a interagir melhor com a equipe, mas ainda permanecíamos muito dependentes da enfermeira assistencial. Nossas tensões foram sendo aliviadas a medida que adquiríamos habilidade e agilidade nas tarefas que nos eram delegadas. Elaboramos também a escala de funcionários para o mês de julho, passando uma manhã inteira para fazê-la.

As férias da enfermeira assistencial nos exigiu um maior envolvimento com a clínica, discernimento e disposição para efetuar decisões. Nossa supervisora nos dava liberdade para atuar na unidade como enfermeiras, fazendo críticas construtivas sobre nossas ações. Acreditando em nossa responsabilidade, muitas vezes saía para reuniões no HU nos deixando sozinhas no setor, o que para nós demonstrava sua confiança e credibilidade em nosso trabalho. Marquis & Huston (1999), colocam que a tomada de decisões pode ser aprendido como experiência de vida, mas nem todos aprendem a resolver problemas e julgar com

sabedoria por estes método de tentativa e erro. O autor ainda coloca que é difícil superar a inexperiência quando da tomada de decisão, contudo algumas coisas podem ser feitas para diminuir essa vulnerabilidade como utilizar literatura atualizada, envolver outras pessoas mais experientes para observar suas reações e ouvir seus conselhos e avaliar as decisões tomadas.

Começamos a perceber que apesar de tantas atividades conseguíamos realizá-las e tínhamos tempo hábil para observar e fazer outras, como solicitação de conserto e de materiais. Apesar de termos adquirido estas habilidades consideramos que o tempo ainda foi curto e admitimos que temos muito a aprender, embora estejamos conscientes que este amadurecimento virá no decorrer de nossa vida profissional, concordamos com Marquis & Huston (1999), quando colocam que o tempo pode ser um limitador em qualquer tipo de aprendizagem por experiência.

Refletindo sobre este objetivo chegamos a conclusão que havíamos nos equivocado em separá-lo do que se refere a promover e estimular a interação dos funcionários com as acadêmicas, pois o gerenciamento da assistência depende de uma equipe de enfermagem e não somente do enfermeiro e para isso é necessário uma boa interação entre os mesmos. Desta forma sentimos dificuldade em relatá-los separadamente.

Vale ressaltar que este objetivo não teria sido alcançado sem a contribuição especial da nossa supervisora, que esteve sempre disposta a nos ajudar, nos estimulando e dando sugestões para o nosso crescimento e amadurecimento profissional, assim como para o enriquecimento de nosso trabalho. Da mesma forma que nos acolheu durante todo o período de estágio nos ensinou a andar com nossas próprias pernas.

### **6.7 Promover e estimular a interação dos funcionários com as acadêmicas.**

No primeiro dia de estágio não tivemos a oportunidade de interagir com os funcionários da clínica cirúrgica II da HU pois fomos assistir a uma cirurgia logo após a passagem de plantão.

No segundo dia fomos apresentadas a equipe de enfermagem por nossa supervisora, aproveitamos a oportunidade para apresentar o projeto aos funcionários da unidade e solicitamos sugestões para o enriquecimento do mesmo.

Na primeira semana fizemos um reconhecimento desta unidade e começamos a interagir com a equipe de enfermagem, que se mostrou receptiva. Ficamos surpresas com esse fato pois ouvimos comentários que era uma equipe difícil de trabalhar.

Na segunda semana iniciamos nosso estágio na unidade de internação ginecológica da HU. A interação com a equipe foi mais rápida devido ao menor número de pacientes e funcionários. Muitas vezes sentávamos para conversar com a equipe à respeito de nosso trabalho e outros assuntos informais. Permanecíamos na unidade apenas nos dias em que havia cirurgia para correção de incontinência urinária, conseguindo no decorrer do estágio acompanhar três pacientes. As supervisoras nos deram bastante liberdade, nos deixando como responsáveis pelas orientações perioperatórias e os cuidados domiciliares.

Na Maternidade Dr. Carlos Corrêa, acompanhamos somente uma paciente durante dois dias. Apesar do pouco tempo tivemos o apoio da equipe, principalmente de nossa supervisora e do médico responsável pela paciente. Estávamos com receio em registrar informações no prontuário, pois neste campo de estágio não existe uma metodologia e nem impressos específicos para a enfermagem. Felizmente a supervisora nos estimulou a registrar as anotações, aliviando nossas tensões. Fizemos a evolução de enfermagem e após nossa supervisora ler registramos no prontuário. Nossas anotações suscitaram em alguns comentários:

*"Os funcionários estão todos lendo a evolução que vocês fizeram. É bom que serve de estímulos para eles".*

*"É bom para servir de modelo para quando utilizarmos uma metodologia".*  
(supervisora)

Nossa unidade de referência era a CCR II no HU, assim quando não tínhamos pacientes exercíamos atividades administrativas neste setor. Ao contrário da primeira impressão que tivemos, de uma equipe receptiva, com o passar dos dias percebemos que não era bem assim. Presenciamos alguns conflitos entre os funcionários, algumas vezes acabamos sendo envolvidas e ficamos com receio de nos aproximar, principalmente por ouvir comentários direcionados a nós:

*"Essas meninas ficam brincando de enfermeira aqui...".*

*"Nunca vi ter horário para curativo..."*.(sendo que a prescrição tinha vindo pronta do centro cirúrgico)

Fenili & Scoz (2000), dizem ser necessário aceitar as pessoas como elas são, e que geralmente aceitamos automaticamente aos indivíduos que tendem a satisfazer nossas necessidades e não aceitamos as que diminuem nossa auto-estima ou que de certa maneira, são incapazes de satisfazer nossas necessidades. Infelizmente só conseguimos quebrar este bloqueio quando a enfermeira assistencial entrou em férias, e praticamente assumimos a unidade, ou melhor, fomos "jogadas no fogo", como dizia nossa supervisora. Sem uma enfermeira o tempo todo ao nosso lado, conseguimos perceber a relação dos funcionários com outros olhos, entendemos que cada um tinha sua particularidade, seu jeito de ser. A autora supra citada ainda refere que a enfermeira necessita comprometer-se emocionalmente se espera estabelecer uma relação com qualquer ser humano e que os requisitos prévios incluem o reconhecimento e a aceitação de si mesmo como entidade distinta e a capacidade concomitante para perceber os outros como seres humanos únicos. Aprendemos e refletimos que em nossa vida profissional trabalharemos com muitas pessoas diferentes e precisaremos ter "jogo de cintura" para lidar com elas.

Quando tínhamos assimilado as rotinas do enfermeiro neste setor, nossa supervisora e orientadora nos sugeriram que acompanhássemos os funcionários na assistência ao paciente, auxiliando-os e supervisionando-os. Com isso melhorou a interação com a equipe e já nos sentíamos enfermeiras.

É importante ressaltarmos que além da interação com a equipe de enfermagem, também interagimos de forma satisfatória com a equipe médica, principalmente residentes e doutorandos pois estes permaneciam mais tempo na unidade e nos davam liberdade para questionar sobre prescrições e casos de pacientes internados.

Durante esta vivência, em momento algum nos colocamos na posição de quem sabe tudo, fomos humildes solicitando ajuda quando tínhamos dúvidas e agradecendo quando nossos erros eram corrigidos, pois acreditamos que é errando que se aprende.

Concordamos com Freire, citado por Gadotti (1989), quando diz que não podemos nos colocar na posição ingênua de quem se pretende detentor de todo o saber, devemos antes nos colocar na posição humilde de quem sabe que não sabe tudo.

### **6.8 Desenvolvendo atividades não programadas**

Por sugestão de nossa supervisora, realizamos um levantamento com 26 mulheres internadas nas clínicas médicas I, II e III e clínicas cirúrgicas I e II do HU, no dia vinte e seis

de junho, com idade variando entre 22 e 79 anos, com o objetivo de verificar o número de pacientes com incontinência urinária. Como instrumento para coleta de dados, elaboramos um roteiro com as seguintes questões:

- Qual sua idade?
- Tem filhos? Quantos?
- Que tipo de parto realizou?
- Alguma vez você perdeu urina?
- Em que ocasião? Aos esforços (tosse, espirro)? E/ou quando sentiu vontade forte de urinar (urgência)?
- Há quanto tempo você perde urina?
- Qual a quantidade da perda?
- Que cuidados você realiza? Usa forro/absorvente/fralda, toma banho, troca de roupa?
- Quantas vezes você urina por dia? E a noite?
- Se sente incomodada com o problema?
- Como você classificaria esse incômodo: nenhum, pequeno, médio ou grande?
- Já realizou algum tratamento? Qual?
- Algum profissional de saúde aqui no hospital, já lhe perguntou se você perde urina?

Dentre as mulheres que perdiam urina a faixa etária variou entre 30 e 79 anos e o tempo que vem ocorrendo incontinência urinária variou entre 01 a 20 anos, mas o tempo relatado não é preciso e pode ser maior, pois observamos que elas tinham dificuldade em referir o início da perda urinária.

Agrupamos os tipos de incontinência urinária conforme a história relatada pelas mulheres durante o questionário. Das 26 mulheres deste levantamento, 18 (69,23%) relataram perder urina, 9 (50%) aos esforços, como tossir, espirrar, caracterizando incontinência urinária de esforço, que ocorre devido ao aumento da pressão intra abdominal durante os esforços, fazendo com que a pressão intravesical ultrapasse a uretral. Seis mulheres (33,33%) mencionaram sentir uma vontade forte e incontrolável, não conseguindo chegar ao banheiro, ou seja, apresentavam incontinência por urgência, que caracteriza-se por forte desejo miccional acompanhado de perda urinária. Três mulheres (16,66%) relataram ter incontinência urinária de esforço e incontinência por urgência.



A média de filhos entre as entrevistadas que perdiam urina foi 5,1. Destas, 10 mulheres (55,55%) referiram ter apenas partos normais, 7 (38,88%) tiveram partos normais e cesariana, e 1 (5,55%) apenas cesariana. Wyman e Penn et al citados por Jahn (1997), dizem que a incontinência urinária de esforço ocorre devido a resposta ineficaz dos músculos do assoalho pélvico. Fatores incluindo paridade, dificuldade no parto, alto peso ao nascer e uso de fórceps estão relacionado a riscos de incontinência urinária de esforço, pois o parto por via normal pode levar ao enfraquecimento dos músculos pélvicos.

Quanto ao volume da perda urinária, 4 mulheres (22,22%) referiram perda total, destas 3 (75%) apresentavam incontinência por urgência. A incontinência por urgência pode ser desencadeada por contrações involuntárias do detrusor e dependendo de sua intensidade, a perda pode variar de pequena quantidade ao esvaziamento completo da bexiga.

Oito mulheres (44,44%) referiram não se sentir incomodadas com a perda urinária, 1 (5,55%) se sente pouco incomodada, 4 (22,22%) referiram médio incômodo e 5 (27,77%) um grande incômodo. As medidas de autocuidado encontradas na pesquisa foram: forro ou absorvente 8 mulheres ( 44,44%), higiene íntima 2 (11,11%), as demais (44,44%) não realizavam nenhuma medida de autocuidado. Jahn (1997), diz que o uso de protetor higiênico constitui um meio auxiliar que minimiza os efeitos da incontinência urinária, mais que estes deveriam ser utilizados após tentativas de métodos mais satisfatórios, pois não são incomuns queixas de lesões de pele nas mulheres que fazem uso de protetor higiênico. Ainda refere que o fato da mulher realizar e cuidar da higiene íntima é importante para manter a integridade cutânea, afim de evitar danos como assaduras, algumas vezes acompanhadas de dor, desconforto e prurido.

Diante dos dados apresentados queremos ressaltar a importância de sensibilizar e mobilizar os enfermeiros para que se atualizem e aprimorem conhecimentos acerca do problema, incluindo em suas anotações questões referentes a incontinência urinária. Desta forma a incontinência não passará despercebida e a assistência prestada será de melhor qualidade.

Embora não tivéssemos planejado visitas domiciliares sentimos necessidade de fazê-las durante nossa prática assistencial. A idéia surgiu quando acompanhamos uma paciente que após a cirurgia de sling vaginal apresentou retenção urinária, tendo que ir para casa com sonda. Preocupadas com sua adaptação optamos por realizar a visita com o intuito de ajudá-la, esclarecer as dúvidas e estimular o autocuidado. Incluímos esta visita no processo de enfermagem desta paciente (anexoVI).De acordo com Bruschini, Kano & Damião (1999,

p.92), “a retenção urinária prolongada em geral está relacionada com aplicação de tensão excessiva nos fios ou na própria faixa levando a obstrução uretral”. Segundo Smeltzer & Bare (1996) freqüentemente acontecem em cirurgias do baixo abdome, considera-se que a causa seja o espasmo do esfíncter da bexiga.

Discutimos com o cirurgião a possibilidade da paciente realizar a autocateterização intermitente no domicílio, e este falou que devido ao edema pós cirúrgico a paciente sentiria dificuldade em passar a sonda e poderia traumatizar a uretra, preferiu mantê-la com sonda foley nº12 sem bolsa coletora, abrindo para drenar urina residual após a tentativa de urinar. D’Ancona & Rodrigues Netto Júnior (1995) dizem que alguns cirurgiões iniciam a cateterização intermitente da paciente logo após a cirurgia mas que estes preferem esperar até que as incisões vaginais estejam bem cicatrizadas.

A segunda visita que realizamos foi ao Sr. Mileto, único homem com incontinência urinária que acompanhamos. Fomos visitá-lo para conhecermos a realidade em que vivia, como este estava se adaptando com o uso da bolsa coletora de perna e para conhecermos a sua invenção “saquinho coletor de urina” (anexoXII).

Ao chegar no domicílio fomos recebidas por seu Mileto e sua esposa que estavam nos esperando no pátio da casa. Nos surpreendemos ao vê-lo usando o frasco coletor de urina que saiu do hospital e perguntamos se este já tinha utilizado a bolsa coletora de perna.

*“Eu tô guardando a bolsa para usar quando sai. Esse pote é muito bom! Eu já lavei ele bem com omo, está bem limpinho, vocês podem ver”.*

*“ Eu já experimentei a bolsa na coxa e vi que dá para usar com bermuda”.*

Como não nos atentamos para o seu caso durante a internação, colhemos o histórico em seu domicílio. Mileto mostrou-se disponível e interessado em responder as questões, expondo suas dúvidas e, a medida que foi necessário fornecemos informações para esclarecê-las, assim como as de sua esposa. Um momento que nos chamou atenção foi quando nos mostrou com orgulho o seu invento, o que nos fez refletir sobre a capacidade que algumas pessoas tem em desenvolver alternativas para autocuidar-se e promover o seu próprio bem-estar. Para Orem os seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de usar criações simbólicas no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para

realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmo e aos outros (FOSTER & JANSSENS apud GEORGE, 1993).

Acreditamos que nestas visitas aprendemos mais do que ensinamos, tivemos a oportunidade de relacionar a teoria com a prática, visualizando uma realidade diferente do ambiente hospitalar, onde o indivíduo apesar de estar com a saúde afetada está no seu ambiente, contando com o apoio familiar e realizando tarefas de seu cotidiano.

## ***7 CONSIDERAÇÕES FINAIS***

Chegando ao final deste trabalho, avaliamos que toda essa vivência nos possibilitou um crescimento pessoal e profissional onde aprendemos mais a cerca de nós mesmas e desenvolvemos capacidade de estabelecer relações interpessoais, respeitando as características individuais de cada pessoa. Além disso, adquirimos e aprimoramos habilidades e conhecimentos tanto na área assistencial quanto administrativa.

No início da nossa prática assistencial tivemos dificuldade em implementar o referencial teórico escolhido, hoje, no entanto, achamos prudente ter utilizado Orem e Freire, pois acreditamos que a educação em saúde e o autocuidado estão intimamente ligados e que contribuem de forma significativa na assistência de enfermagem pré e pós operatória aos pacientes incontinentes.

O convívio com os indivíduos incontinentes nos permitiu compreender melhor a dimensão que a incontinência urinária pode ter sobre a vida das pessoas e as expectativas que estas criam em relação ao tratamento. Percebemos o quanto é importante o diálogo para que expressem suas dúvidas, seus medos e angústias relacionadas a doença e ao tratamento. Acreditamos que cabe a enfermagem captar e entender o que é passado pelo paciente, a realidade por eles referida para assim fazê-los refletir e agir sobre a situação, incentivando e apoiando o autocuidado, visando restaurar e/ou melhorar a incontinência e sua qualidade de vida.

Estatísticas atuais apontam um crescimento no número de pessoas idosas no país e, apesar da incontinência urinária não fazer parte do processo normal do envelhecimento, as alterações anatômicas, fisiológicas e hormonais podem levar o idoso a uma suscetibilidade a perda de urina, acarretando assim uma maior procura aos serviços de saúde e, conseqüentemente mais oportunidades de atuação da enfermagem. Diante disso queremos

ênfatizar a importância do papel do enfermeiro frente ao assunto, atualizando-se e adquirindo conhecimentos a respeito da incontinência urinária , alternativas de tratamento e, prestando assistência de forma a assegurar a participação do indivíduo incontinente no processo de planejamento e execução das ações de cuidado.

Esperamos que este trabalho , pioneiro na área de enfermagem da UFSC, sirva como estímulo para acadêmicos, enfermeiros e docentes a desenvolverem novos estudos sobre o assunto e que possa contribuir e auxiliar a equipe de saúde a compreenderem melhor a incontinência urinária e a importância de uma assistência interdisciplinar e qualificada ao indivíduo incontinente.

## **8 REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS**

- ADIS INTERNATIONAL. **Monografia International de Detrusitol**. Chester: [S.N.]. 1998.
- BEYERS, M.; DUDAS, S. **Enfermagem Médico Cirúrgica - Tratado de Prática Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BLANNIN, J. et al. **Quién es incontinente?**. *Revista Helios*, Copenhague, v. 1, n. 3, p. 15-17, 1993.
- BLEYER, P. S. **Aplicando a Teoria do Autocuidado de Orem no Cuidado junto à Criança, Adolescente e sua Família que Vivenciam à Diabetes Tipo 1**. Florianópolis, 1999. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade federal de Santa Catarina.
- BEREK, J. S.; ADASHI, E. Y.; HILARD, P. A. **Novak Tratado de Ginecologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1990.
- BRUSCHINI, H.; KANO, W.; DAMIÃO, R. (Ed.). **Incontinência Urinária: uroneurologia, disfunções miccionais**. São Paulo: BG Cultural, 1999. I Consenso Brasileiro.
- D'ANCONA, C. <sup>a</sup> L.; RODRIGUES NETTO JÚNIOR, N. **Aplicações Clínicas da Urodinâmica**. São Paulo: [S.N.]. 1995.
- DUGAS, B. W. **Enfermagem Prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- FENILI, R M.; SCÓZ, T. M. **A enfermagem Psiquiátrica na Visão de Joice Travelbee**. [Florianópolis]: UFSC, [2000]. Apostila de Aula.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez. Instituto Paulo Freire, Brasília: Unesco, 1989.
- GEORGE, J. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIRÃO, M. J. B. C.; LIMA, G. R.; BARACAT, C. B. **Uroginecologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

GLASHAN, R. Q.; LELIS, M. A. S. Terapia Comportamental: uma Abordagem para o Enfermeiro no Tratamento da Incontinência Urinária. **Nursing - Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, n.32, p. 18-24, jan. 2001.

HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 2. ed. vol. 1, São Paulo: Rocca, 1994.

HAMILTON, W. J. **Tratado de Anatomia Humana**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

JAHN, A. C. **Incontinência Urinária: A Dimensão do Problema na Visão de Mulheres Idosas**. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

JETER, K.; FALLER, N.; NORTON, C. **Nursing for Continence**. 1. ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1990.

LANCEL, P. Incontinencia urinaria: causa y tratamientos. **Revista Eurostoma**, Berkshire, n.22, p. 10-11, 1997.

LELIS, M. A. S. Programa de Treinamento em Cateterismo Vesical Intermitente - Técnica Limpa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n.33, p.105, 1999.

LEOPARDI, M. T.; WOSNY, A. M.; MARTINS, M. L. **Dorothea Orem: Teoria do Autocuidado**. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livros, 1999, p. 74-80.

LOFTING, D. La incontinencia ya no era una barrera ante una vida normal. **Revista Helios**, Copenhagen, v. 4, n. 1, p. 08-10, 1996.

MACHADO, A. P., BRIDA, F. **Assistência de Enfermagem Pré e Pós Operatória: Revendo o Cuidado de Pessoas com Feridas**. Florianópolis, 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade federal de Santa Catarina.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

MEIRA, M. M. " **O Cuidado de Enfermagem ao Paciente Submetido à Cirurgia Cardíaca na Fase Pré e Transoperatória**" . Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade federal de Santa Catarina.

MOURA, M. J. V. **O Medo e a Ansiedade em Pacientes Cirúrgicos e seus Familiares: Assistência de Enfermagem Baseada em NANDA, utilizando a Comunicação e a Orientação**. Florianópolis, 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade federal de Santa Catarina.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 6. ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

NOGUEIRA, M. S.; MARVULO, M. M. L. Cateterismo Uretral: Algumas complicações Decorrente Dessa Prática. **Revista Nursing**, São Paulo, n.36, p. 17-19, maio. 2001.

PALMA, P. C. R. Hiperatividade Vesical e Incontinência Urinária. **Revista Urologia Panamericana**, Caracas, v. 12, n.1, 2000. Disponível em:  
< <http://www.caunet.org/articulos/hiper.htm>>. Acesso em: 20 abril 2002.

RESNICK, M. I.; NOVICK, A. C. **Segredos em Urologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ROCK, J. A.; THOMPSON, J. D. **Te linde Ginecologia Operatória**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ROSSO, S. **Assistência do indivíduo ostomizado praticando e dividindo a educação em saúde para o autocuidado. Estar ostomizado – o outro lado do espelho**. Florianópolis, 1998. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade federal de Santa Catarina.

SANTOS, E. K. A. **A mulher como foco central do aleitamento: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do autocuidado de Orem**. Florianópolis, 1991. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, A. L. & ARRUDA, E. P. Referenciais com Base em Diferentes Paradigmas: modelos e soluções para a prática de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v .2, nº 1, p.82-92, jan/junho, 1993.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TANAHO, E. A.; McANINCH, J. W. **Smith: Urologia Geral**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

TOMASELI, N. ; MORIN, K. W. **Body Image in Patient with Stomas: a critical review of the literature**. **Journal Enterostomal Therapy**. St. Louis, v.18, n.3, p. 95-99, May/june, 1991.

TREIN, S. L.; RIOS, T. M. **Assistindo o Paciente em Pré e Pós-Operatório de cirurgia Cardíaca, com Enfoque na Prevenção do Estresse**. Florianópolis, 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade federal de Santa Catarina.

URONEWS. **Incontinência Urinária**, São Paulo, v.25, 26, 27, 1998. Disponível em:  
<<http://www.uronews.org.br>>. Acesso em 20 abril 2002.



***ANEXOS***

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, tendo recebido todas as orientações a respeito do trabalho de conclusão de curso **“Incontinência Urinária: Promovendo o autocuidado através da educação em saúde com pacientes cirúrgicos”**, das acadêmicas Camila B. P. Borba e Margarete M. de Lima, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, declaro através deste documento meu consentimento em participar deste trabalho.

Declaro ainda, que estou ciente que as acadêmicas supra citadas me acompanharão nos períodos pré e pós operatório com finalidade científica, sendo que nossa conversas poderão ser registradas de forma escrita, podendo minhas palavras serem reproduzidas no relatório final deste trabalho, sendo-me assegurado o sigilo e anonimato.

Florianópolis,            de                                    de 2002.

Assinatura : \_\_\_\_\_

# ANEXO II

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### I - Fatores Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Estado Civil:  Casado  Solteiro  Viuvo  outros Raça  Branco  Negro  Outros  
Nº de filhos: \_\_\_\_\_  Parto Normal \_\_\_\_\_  Cesárea  
Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_  
Condições da paciente na internação: \_\_\_\_\_

Perspectivas quanto a sua saúde: \_\_\_\_\_

### II Levantamento dos déficits de autocuidado

#### 2.1 - Déficit de autocuidado - Desvio de Saúde

O que você sabe sobre a sua doença?

Como e quando começou ?

Procurou logo assistência de saúde?

Seguiu as orientações dadas?  Sim Quais? \_\_\_\_\_  Não Porque? \_\_\_\_\_  
Conhece os tipos de tratamento disponíveis? \_\_\_\_\_  
Realizou algum?  Sim  Não  
 Conservador \_\_\_\_\_  Farmacológico \_\_\_\_\_  
 Cirúrgico \_\_\_\_\_ Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Apresentou complicações?  Sim \_\_\_\_\_  Não \_\_\_\_\_

## 2.2 - Déficit de autocuidado - Universais

Ingesta de ar:  Eupneica (o)  dispneica (o)  Outros \_\_\_\_\_  
Ingesta hídrica: Quantidade \_\_\_\_\_ Qualidade \_\_\_\_\_  
Alimentação: Tipos de Alimentos: \_\_\_\_\_  
 Anorexia  Disfagia  Pirose  Dificuldade à mastigação  Dieta zero Outros \_\_\_\_\_  
Quantas vezes você urina durante o dia? \_\_\_\_\_ e a noite? \_\_\_\_\_  
Em que momentos perde urina? \_\_\_\_\_  
Como é o seu hábito intestinal? \_\_\_\_\_  
Pele:  Corada  Hidratada  Anictérica  Hipocorada  Desidratada  Ictérica  
Abdome:  Normal  Globo Vesical  Cistostomia Outros \_\_\_\_\_  
Órgãos Genitais  Normal  Sonda Vesical Alterações \_\_\_\_\_  
Membros Superiores e inferiores  Normal  Alterações \_\_\_\_\_  
Condições de Higiene \_\_\_\_\_  
Regulação Neurológica:  Orientado (a)  Lúcido (a)  Desorientado (a)  Confuso (a)  
 Tontura  Paresia  Parestesia  Paralisia Outros \_\_\_\_\_  
Risco à vida e ao bem estar - Prevenção de quedas  Sim  Não

## 2.3 - Déficit de autocuidado - Desenvolvimentais

Auto-imagem \_\_\_\_\_ Auto-estima \_\_\_\_\_  
Recreação/Lazer \_\_\_\_\_ Liberdade/Participação \_\_\_\_\_  
Vergonha \_\_\_\_\_ Medo \_\_\_\_\_ Insegurança \_\_\_\_\_  
Desenvolve ações de autocuidado? Quais? \_\_\_\_\_  
Como foi a sua adaptação social relacionado ao distúrbio urinário? \_\_\_\_\_  
Ocorreram mudanças no seu estilo de vida? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_  
No trabalho? \_\_\_\_\_ Nas condições econômicas? \_\_\_\_\_  
Nos hábitos sexuais? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Autocuidado:  Totalmente compensatório  Parcialmente compensatório  Apoio Educação

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## ANEXO III

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIRETORIA DE ENFERMAGEM  
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

### CUIDADOS DE ROTINA - GRAU I (PACIENTES INDEPENDENTES)

#### TURNO MANHÃ

Estimular cuidados de higiene e conforto.  
Estimular e observar a aceitação de alimentos e líquidos.  
Controlar a frequência das eliminações.

#### TURNO TARDE

Estimular a Higiene Oral.  
Estimular e observar a aceitação de alimentos.  
Controlar a frequência das eliminações.  
Verificar sinais vitais : 16:00 horas.

#### TURNO NOITE

Estimular a Higiene Oral.  
Estimular e observar a aceitação de alimentos e líquidos.  
Controlar a frequência das eliminações.  
Proporcionar ambiente adequado para sono e repouso.

Cuidados de rotina utilizada na unidade de internação ginecológica

## ANEXO III

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIRETORIA DE ENFERMAGEM  
DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS

### CUIDADOS DE ROTINA - GRAU II (PARCIALMENTE DEPENDENTE)

#### TURNO MANHÃ

Auxiliar no banho 08:00 horas  
Trocar Condon (Jontex).  
Auxiliar Higiene Oral com enxaguatório: 08:00 e 12:00 horas.  
Auxiliar na alimentação, hidratação e deambulação.  
Auxiliar na sua mobilização.

#### TURNO TARDE

Auxiliar na alimentação, hidratação e deambulação.  
Auxiliar Higiene Oral com enxaguatório 18:00 horas.  
Auxiliar nas eliminações e controlar a frequência .  
Verificar Sinais Vitais.  
Auxiliar na sua mobilização

#### TURNO NOITE

Auxiliar na alimentação, hidratação e deambulação.  
Auxiliar Higiene Oral com enxaguatório 21:00 horas.  
Auxiliar nas eliminações e controlar a frequência.  
Auxiliar na sua deambulação.  
Proporcionar ambiente adequado para o sono.

Cuidados de rotina utilizada na unidade de internação ginecológica



# colpoperíneoplastia

## ORIENTAÇÕES PARA ALTA

### 1- INFORMAÇÕES GERAIS

Colpoperíneoplastia é a correção cirúrgica da parte vaginal, geralmente reposicionamento da bexiga caída.

Higiene íntima é a lavagem da região genital com água e sabão comum. Deve ser realizada de cima para baixo, evitando trazer resíduos de fezes para a vagina, o que poderia causar infecção no corte da cirurgia perineal.

Sonda vesical é uma sonda que é colocada na bexiga para facilitar a saída de urina da bexiga.

### 2- CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

➤ **Higiene íntima:** quando você for para casa deve continuar fazendo sua higiene íntima três vezes por dia e após evacuar, procurando manter a região perineal sempre seca.

➤ **Eliminação urinária:** muito importante que continue a tomar aproximadamente dois litros de líquido por dia ( pode ser água, chá ou suco) para facilitar a formação de urina. A cada três horas, tente urinar para evitar que a bexiga fique muito cheia; caso não consiga e comece a sentir dor, procure a emergência do hospital para que seja feita a colocação de uma sonda vesical. Se você já saiu do hospital com uma sonda vesical, tome alguns cuidados até que ela seja retirada.

- Mantenha a bolsa de urina sempre em posição mais baixa que sua bexiga para evitar que a urina do coletor da bolsa volte para dentro da bexiga, evitando a infecção urinária.
- Não desadapte a sonda da bolsa coletora para evitar infecção da bexiga.
- Caso o clamp de esvaziar a bolsa quebre, dobre a ponta da borracha de saída e prenda com esparadrapo para evitar que fique vazando urina.
- Caso a sonda saia, fique calma e observe os mesmos cuidados referentes a paciente que saiu do hospital sem sonda.
- Esvazie a bolsa de urina sempre que achar que ela estiver muito cheia.

➤ **Eliminação Intestinal :** saiba que é comum não conseguir evacuar nos primeiros dias após a cirurgia, portanto não faça muita força para evacuar. Se tiver vontade de evacuar, mas apresentar dificuldade para fazê-lo, tome os seguintes cuidados:

- Realize massagens abdominais leves da direita para a esquerda, se não sentir dor durante as mesmas.
- Mude sua dieta para uma alimentação rica em fibras e que auxilie no funcionamento do intestino (frutas cruas, laranja, mamão, abacate, ameixa preta, verduras cruas em forma de saladas, feijão com cascas; pão preto e rico em fibras; chá de ameixa preta.
- Solicite a seu médico um laxativo caso o problema continue.

- Se você não tiver problemas para evacuar, sua dieta poderá ser a mesma que você estava acostumada antes de fazer a cirurgia.

➤ **Atividades** :

- Suas atividades após a alta hospitalar precisarão ser controlada.
- Aguarde aproximadamente 40 dias para manter relações sexuais.
- Caminhe normalmente, evitando subir escadas.
- Evite ficar o dia todo deitada ou sentada.
- Não carregue peso e nem pegue criança no colo, aguarde 2 meses para isto.
- Não faça atividades pesadas como: capinar, lavar ou estender roupas, aguarde 2 meses para isto.



# ANEXO V

## DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### I - Fatores Pessoais

Nome: Atenas Idade: 28 anos Sexo:  F  M Peso: 78 Kg Altura: 1,72 m.

Estado Civil:  Casado  Solteiro  Viuvo  outros \_\_\_\_\_ Raça:  Branco  Negro

Nº de filhos: 03  Parto Normal 02  Cesárea 01 Complicações: \_\_\_\_\_

Religião: espírita Escolaridade: 2º completo Profissão: do lar

Naturalidade: Florianópolis Procedência: Aeroporto - Florianópolis

Diagnóstico Médico: Incontinência Urinária de Esforço + Cistocele grau II

Condições da paciente na internação: Chegou ao setor deambulando com desenvoltura e agilidade, lúcida e comunicativa.

Perspectivas quanto a sua saúde: Acredita que a cirurgia seja "o único remédio para o seu problema". Tem perspectiva de após a cirurgia poder praticar atividades físicas sem perder urina e com isso emagrecer, pois engordou 24kg na última gestação, na qual apresentou quadro de pré-eclâmpsia.

#### II Levantamento dos déficits de autocuidado

##### 2.1 - Déficit de autocuidado - Desvio de Saúde

O que você sabe sobre a sua doença e tratamento cirúrgico?

Sabe que perde urina porque sua bexiga está baixa devido ao grande esforço que fez durante o último parto. Relata que os exercícios perineais não são eficazes para o seu caso, sendo a cirurgia a única solução. Disse que a cirurgia será feita pela vagina e por um corte na barriga na altura da cicatriz da cesárea.

Como e quando começou ?

Há um ano e meio, após um parto prolongado e difícil, começou a perder urina sem sentir durante oito meses, hoje perde aos pequenos esforços.

Procurou logo assistência de saúde?

Sim. Foi orientada para perder peso, realizar exercícios perineais e diminuir a ingesta hídrica antes de sair. Não conseguindo emagrecer procurou um endocrinologista sendo orientada a

usar diurético, o que aumentou ainda mais a perda de urina. Por iniciativa própria interrompeu o uso da medicação, procurando tratamento homeopático, emagreceu 8 kg em dois meses.

Seguiu as orientações dadas?  Sim Quais? Exercícios, dieta e diminuição da ingestão hídrica antes de sair.  Não Porque? \_\_\_\_\_

Conhece os tipos de tratamento disponíveis? Sim. Realizou algum?  Sim  Não

Conservador: exercícios, dieta.  Farmacológico \_\_\_\_\_

Cirúrgico \_\_\_\_\_ Durante quanto tempo? Aproximadamente um ano.

Apresentou complicações?  Sim \_\_\_\_\_  Não

## 2.2 - Déficit de autocuidado - Universais

Sinais Vitais: PA = 120X60mmhg FC = 72bpm FR = 18mrm T = 36,2 ° C

Ingesta de ar:  Eupneica (o)  dispneica (o)  Outros \_\_\_\_\_

Ingesta hídrica: Quantidade: 1,5 litros por dia Qualidade: água, sucos.

Alimentação: Tipos de Alimentos: saladas, legumes, verduras.

Anorexia  Disfagia  Pirose  Dificuldade à mastigação  Dieta zero Outros \_\_\_\_\_

Quantas vezes você urina durante o dia? Mais de 7 vezes e a noite? Em torno de 2 vezes.

Em que momentos perde urina? tosse, espirro, quando se agacha e na relação sexual.

Como é o seu hábito intestinal? Uma vez por dia usando composto homeopático.

Pele:  Corada  Hidratada  Anictérica  Hipocorada  Desidratada  Ictérica

Abdome:  Normal  Globo Vesical  Cistostomia  Outros: flácido, doloroso à palpação

Órgãos Genitais:  Normal  Sonda Vesical  Alterações cistocele, ruídos vaginais aos esforços.

Membros superiores e inferiores  Normal  Alterações \_\_\_\_\_

Condições de Higiene boa aparência higiênica.

Regulação Neurológica:  Orientado (a)  Lúcido (a)  Desorientado (a)  Confuso (a)

Tontura  Paresia  Parestesia  Paralisia Outros \_\_\_\_\_

Risco à vida e ao bem estar: Presença de esmalte escuro nas unhas, ausência de prótese dentária.

Prevenção de quedas  Sim  Não

### 2.3 - Déficit de autocuidado - Desenvolvimentais

Auto-imagem: distorcida Auto-estima: diminuída

Recreação/Lazer: deixou de dançar e restringiu suas saídas de casa, antes viajava bastante.

Vergonha: de ter incontinência urinária tão jovem Medo: de perder urina em locais impróprios.

Desenvolve ações de autocuidado? Quais? Diminui a ingestão líquida antes de sair, usa absorvente, urina com mais frequência.

Como foi a sua adaptação social relacionado ao distúrbio urinário? Não conseguiu se adaptar, a incontinência urinária a incomoda muito, acabou restringindo o seu convívio social.

Ocorreram mudanças no seu estilo de vida? Sim.

No trabalho? Não trabalha Nas condições econômicas? Não

Nos hábitos sexuais? Sim Quais? Diminuiu a frequência das relações sexuais, anteriormente em torno de vinte vezes por mês, atualmente uma vez por mês se tem vontade.

Na família: mudou o relacionamento com o marido, não contou sobre o problema e o colocou dormir em outro quarto utilizando a desculpa dele roncar muito. Ninguém da sua família sabe do problema.

Autocuidado:  Totalmente compensatório  Parcialmente compensatório  Apoio Educação

Data: 17 / 06 / 02 Hora: 09:50 h Assinatura: Acadêmicas Camila e Margarete

### ANÁLISE

- Eliminação vesical alterada manifestada por incontinência urinária aos esforços. (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Relação conjugal alterada relacionada à vergonha e medo de perder urina durante o coito evidenciado por mudança nos hábitos sexuais (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Ansiedade relacionada a perspectiva do sucesso cirúrgico e possíveis complicações pós-operatórias (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Ingesta de água diminuída relacionada a adaptação ao novo estilo de vida e ao risco de perda urinária em ambientes impróprios (sistema de enfermagem de apoio e educação).

- Ingesta de água diminuída relacionada a adaptação ao novo estilo de vida e ao risco de perda urinária em ambientes impróprios (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Atividades físicas prejudicada relacionada a incontinência urinária aos esforços (sistema de enfermagem parcialmente compensatório).
- Percepção dolorosa vesical alterada, provavelmente relacionada ao diagnóstico médico: cistocele grau II + I.U.E. (sistema de enfermagem parcialmente compensatório).
- Interação social prejudicada associado ao constrangimento que a incontinência urinária lhe causa. (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Déficit de conhecimentos em relação ao preparo para a cirurgia. (sistema de enfermagem de apoio e educação).

## **PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO**

### **PLANO DE CUIDADOS**

- Prestar cuidados de rotina grau I (anexo); (SPC)
- Interagir com a paciente, ajudá-la a refletir sobre a sua situação, orientar sobre métodos para evitar incontinência durante a relação sexual, promover comunicação e a interação do marido acerca do problema; (SAE)
- Prover um ambiente que facilite o desenvolvimento do autocuidado; (SPC)
- Manter diálogo franco explicando à paciente que os resultados poderão não ocorrer de forma imediata; (SAE)
- Orientar que no pós-operatório é comum ocorrer dor, náusea e vômitos, estando a enfermagem disponível para apoiá-la e administrar os medicamentos prescritos; (SAE)
- Ajudá-la a refletir sobre a possibilidade de normalizar a ingestão hídrica, diminuindo apenas quando precisar sair; (SAE)
- A partir do conhecimento da paciente explicar a anatomia do trato urinário inferior para que esta compreenda que a dor pélvica pode estar relacionada a descida da bexiga; (SAE)
- Orientar sobre a retirada do esmalte; (SAE)
- Ajudá-la a compreender o procedimento cirúrgico, conversar sobre a anestesia e as possíveis reações pós-operatórias; (SAE)
- Orientar sobre a importância dos exercícios respiratórios, da deambulação precoce, e da presença de sonda vesical e fluidoterapia no pós-operatório; (SAE)

- Orientar sobre os cuidados domiciliares de modo a promovê-la a uma agente de auto cuidado. (SAE)

## **PRODUÇÃO E GERENCIAMENTO**

### **AVALIAÇÃO**

Demonstra interesse em participar de nossas orientações, e está motivada para as ações de autocuidado quanto as exigências do desvio de saúde, tem bom conhecimento a respeito do procedimento cirúrgico compreendendo as orientações. Nosso plano de cuidados foi adequado para o momento, apenas não conseguimos abordar a relação conjugal.

18/06/02

### **DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

**S** = Paciente relata ter vários episódios de vômito durante a noite, dor lombar e na incisão cirúrgica. Ainda não evacuou.

**O** = Corada, hidratada e eupneica. Permaneceu maior parte do tempo no leito. Abdômen flácido, doloroso a palpação, presença de incisão cirúrgica em região supra-púbica com bordos aderidos e sem secreção. Retirado tampão vaginal com pequena quantidade de secreção sanguinolenta. Está em fluido terapia em membro superior esquerdo com abocath nº 20. Segue com sonda vesical de demora, urina cor amarelo claro, 1500 ml nas 24 horas.

**A** = Aparentemente bem.

- Paciente parcialmente dependente de cuidados. (SPC)
- Vômito provavelmente relacionado a anestesia, a saliva deglutida durante o trans-operatório e inibição temporária do peristaltismo; (SPC)
- Dor na região lombar relacionada ao tipo de anestesia;(SPC)
- Dor na incisão cirúrgica relacionada ao trauma tissular.(SPC)
- Incisão cirúrgica com boa evolução.(SPC)
- Eliminação intestinal ausente, relacionada a anestesia, ao jejum pré e pós-operatório e a pouca movimentação.(SPC)
- Bom débito urinário, 62,5 ml/h.(SPC)

19/06/02

## DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

**S** = Paciente relata estar melhor e ter aceitado toda a janta, contente por ter recebido a visita dos filhos. Ainda não evacuou.

**O** = Paciente comunicativa, corada, hidratada e eupneica. Deambulante em pequenos períodos. Retirado fluidoterapia e sonda vesical de demora. Eliminação vesical presente, mais de 10 x em 24 horas, intestinal ausente há dois dias. Ansiosa em relação a alta, preocupada com os cuidados domiciliares e as restrições físicas decorrentes da cirurgia.

**A** = Paciente independente para o auto cuidado.

- Déficit de conhecimentos em relação ao auto cuidado após a alta; (SAE)
- Permanece com constipação intestinal; (SAE)
- Paciente tem noções sobre as restrições pós-operatórias necessitando de informações mais precisas. (em anexo) (SAE)

## PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO

**P** =

- Desenvolver junto a paciente uma dieta rica em fibras e ajudá-la a refletir sobre o aumento da ingesta hídrica; (SAE)
- Orientar sobre a realização de massagem da direita para a esquerda de forma circular para estimular o peristaltismo; (SAE)
- Orientar sobre os cuidados domiciliares de modo a promovê-la a uma agente de auto cuidado. (SAE)

## PRODUÇÃO E GERENCIAMENTO

### AVALIAÇÃO

Apesar da paciente na internação já realizar medidas de autocuidado, notamos que seu interesse cresceu a cada dia que conversávamos, onde cada orientação construída servia como suporte, apenas neste dia conseguimos abordar a relação com seu esposo, fazendo a paciente refletir sobre a situação.

# ANEXO VI

## DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### I - Fatores Pessoais

Nome: Olímpia Idade: 62 anos Sexo:  F  M Peso: 74.600 Kg Altura: 1,58 m.

Estado Civil:  Casado  Solteiro  Viuvo  outros: \_\_\_\_\_ Raça:  Branco  Negro

Nº de filhos: 05  Parto Normal: 05  Cesárea: 00 Complicações: \_\_\_\_\_

Religião: católica Escolaridade: 2º grau completo Profissão: professora primária

Naturalidade: Palhoça Procedência: Palhoça

Diagnóstico Médico: I.U.E, urgência miccional, cistocele, DM, HAS

Condições da paciente na internação: Chegou ao setor lúcida, comunicativa, deambulando com desenvoltura

Perspectivas quanto a sua saúde: Espera que a cirurgia resolva essa situação, já realizou uma cirurgia para incontinência em 19 de dezembro de 2000, mas só adiantou por uns 3 meses, depois voltou a perder urina

#### II Levantamento dos déficits de autocuidado

##### 2.1 - Déficit de autocuidado - Desvio de Saúde

O que você sabe sobre a sua doença e tratamento cirúrgico?

Diz não saber nada

Como e quando começou ?

Começou mais ou menos em 1998 junto com a "bolinha na vagina" e desde então está cada vez pior

Procurou logo assistência de saúde?

Sim, procurou em 1998 ainda, mas teve que esperar até o ano 2000 para fazer a cirurgia pois estava sem convênio de saúde

Seguiu as orientações dadas?  Sim Quais? \_\_\_\_\_  Não Porque? \_\_\_\_\_

Conhece os tipos de tratamento disponíveis? Só cirurgia Realizou algum?  Sim  Não

Conservador: \_\_\_\_\_  Farmacológico \_\_\_\_\_

Cirúrgico suspendeu a bexiga em 19/12/2000. Durante quanto tempo? \_\_\_\_\_

Apresentou complicações?  Sim Apresentou sangramento, prurido vaginal, teve que tomar medicamentos e fazer banho de assento  Não

## 2.2 - Déficit de autocuidado - Universais

Sinais Vitais: PA = 140x80mmHg FC = 80bpm FR = 21mrm T = 36,7° C

Ingesta de ar:  Eupneica (o)  dispneica (o)  Outros:

Ingesta hídrica: Quantidade: mais ou menos 8 copos/dia Qualidade: água e refrigerante diet

Alimentação: Tipos de Alimentos: frutas e verduras todos os dias, um pouquinho de arroz, de feijão, de macarrão tudo com pouco sal. Não usa açúcar, só adoçante

Anorexia  Disfagia  Pirose  Dificuldade à mastigação  Dieta zero Outros \_\_\_\_\_

Quantas vezes você urina durante o dia? Mais de 10 vezes e a noite? Mais de 3

Em que momentos perde urina? A qualquer esforço, como tossir, espirrar ou se agachar. Perde também quando dá uma vontade grande e não tem banheiro perto

Como é o seu hábito intestinal? Duas ou três vezes por dia

Pele:  Corada  Hidratada  Anictérica  Hipocorada  Desidratada  Ictérica

Abdome:  Normal  Globo Vesical  Cistostomia  Outros: flácido, doloroso à palpação

Órgãos Genitais:  Normal  Sonda Vesical  Alterações Cistocele

Membros superiores e inferiores  Normal  Alterações \_\_\_\_\_

Condições de Higiene boa condição de higiene

Regulação Neurológica:  Orientado (a)  Lúcido (a)  Desorientado (a)  Confuso (a)

Tontura  Paresia  Parestesia  Paralisia Outros \_\_\_\_\_

Risco à vida e ao bem estar: presença de prótese dentária superior e inferior

Prevenção de quedas  Sim  Não

## 2.3 - Déficit de autocuidado - Desenvolvimentais

Auto-imagem: não afetada Auto-estima diminuída

Recreação/Lazer: Deixou de sair, quando tem que ir ao mercado ou ao centro vai rapidinho por medo do local não ter um banheiro perto

Vergonha: Sim Medo: De "me urinar por aí, imagina que escândalo!"

Desenvolve ações de autocuidado? Quais? Não usa forro apenas deixa de sair



Como foi a sua adaptação social relacionado ao distúrbio urinário? "Não consegui me adaptar, deixei de sair para evitar escândalos"

Ocorreram mudanças no seu estilo de vida? Sim

No trabalho? Não trabalha Nas condições econômicas? Sim. Tem que pagar uma pessoa para fazer as coisas de casa, devido a perda de urina, fora os gastos com a cirurgia

Nos hábitos sexuais? Sim Quais? Diminuiu o número de relações sexuais por sentir dor

Na família: Não. Seu marido sabe. "Eu mostrei para ele, ele achou um exagero ! Me disse para ir operar!"

Autocuidado:  Totalmente compensatório  Parcialmente compensatório  Apoio Educação

Data: 18/07/2002 Hora: 09:00 h Assinatura: Acadêmicas Camila e Margarete

## ANÁLISE

- Paciente independente para o autocuidado necessitando do sistema de apoio e educação.
- Eliminação vesical alterada relacionado a cistocele e a fraqueza da musculatura pélvica evidenciado por incontinência urinária aos pequenos esforços (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Risco para infecção relacionada ao Diabetes Mellitus (DM).
- Risco para hipo/hiperglicemia relacionado ao DM.
- Risco para níveis pressóricos elevados.
- Déficit de conhecimento em relação à doença e ao tratamento cirúrgico e aos cuidados pré operatórios. (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Condição financeira afetada relacionado aos gastos com o procedimento cirúrgico e restrições causadas pela incontinência.
- Atividades físicas prejudicada relacionada a incontinência urinária aos esforços (sistema de enfermagem parcialmente compensatório).
- Interação social prejudicada relacionada ao medo e vergonha de perder urina em locais impróprios (sistema de enfermagem de apoio e educação).
- Hábitos sexuais alterados relacionado a cistocele e a dor durante o coito, manifestado por frequência diminuída de relações sexuais (sistema de apoio e educação).

## **PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO**

### **PLANO DE CUIDADOS**

- Perguntar o que a paciente gostaria de saber em relação a incontinência urinária e ao procedimento cirúrgico; (SAE)
- A partir do conhecimento da paciente explicar a anatomia do trato urinário inferior para que ela compreenda porque perde urina, o que é cistocele e o que será feito durante a cirurgia; (SAE)
- Ajudá-la a refletir sobre a possibilidade de normalizar a ingesta hídrica, diminuindo apenas quando precisar sair; (SAE)
- Ajudá-la a compreender o procedimento cirúrgico, conversar sobre a anestesia e as possíveis reações pós-operatórias; (SAE)
- Orientar sobre a importância dos exercícios respiratórios, da deambulação precoce, e da presença de sonda vesical e fluidoterapia no pós-operatório; (SAE)
- Conversar com a paciente sobre o que sabe quanto aos cuidados pré operatórios, orientar o que for necessário; (SAE)
- Estimular que a paciente exponha suas dúvidas, que participe das orientações, ouvindo-a, orientando-a e dando apoio emocional; (SAE)
- Provir um ambiente que facilite o desenvolvimento do autocuidado; (SAE)
- Questionar se a paciente sabe quais são os sinais de hipo/hiperglicemia, pressão alta estimulando-a a comunicar a equipe; (SAE)
- Observar sinais de hipo/hiperglicemia; (SPC)
- Controlar PA quatro vezes dia. (SPC)

## **PRODUÇÃO E GERENCIAMENTO**

### **AVALIAÇÃO**

Apesar do pouco tempo que tivemos com a paciente no período pré operatório, houve uma boa interação . Alguns cuidados planejados que demandavam maior tempo não puderam ser implementados de maneira satisfatória necessitando serem reforçados no pós-operatório.

## DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

**S** = Refere ter dormido bem, apresentou um episódio de vômito a noite. Queixou-se de náusea, tontura e dor na incisão cirúrgica. Aceitou todo o café.

**O**= 1º P.O. de sling vaginal, lúcida, pouco comunicativa, sonolenta, hidratada, eupneica. Deambulando vagarosamente pelo quarto, sentou em cadeira 01 vez, permaneceu maior parte do tempo no leito. Movimentos peristálticos presentes, ainda não evacuou. Retirado sonda vesical de demora, tampão vaginal e fluidoterapia. Tampão vaginal com pequena quantidade de secreção serosanguinolenta, sonda vesical com 1100 ml de diurese em 20 horas. Foi ao banheiro duas vezes na expectativa de urinar mas não conseguiu. Feito sondagem de alívio drenando em torno de 400ml de urina amarelo clara. Incisão cirúrgica em região supra-púbica com bordos aderidos e com pequena quantidade de secreção sanguinolenta.

**A** = Aparentemente bem.

- Paciente parcialmente dependente de cuidados. (SPC)
- Vômito, náusea e tontura provavelmente relacionado ao jejum e a anestesia ; (SPC, SAE)
- Sonolência provavelmente relacionada ao uso de opióide na anestesia e a administração de fenergam à noite. (SPC, SAE)
- Dor na incisão cirúrgica relacionada ao trauma tissular. (SPC)
- Incisão cirúrgica com boa evolução. (SPC)
- Constipação intestinal relacionada a anestesia, ao jejum pré e pós-operatório e a pouca movimentação. (SAE)
- Bom débito urinário 55ml/h. (SPC)
- Sinais vitais no parâmetro da normalidade. (SPC)
- Retenção urinária provavelmente relacionada ao procedimento cirúrgico e aos medicamentos administrados ( opióide e fenergam). (SPC, SAE)

## PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO

**P** =

- Prestar cuidados de rotina grau II (anexoIII) (SPC),
- Orientar a paciente para comunicar alterações como: desconforto, dor, sangramento, náuseas. (SAE)

- Observar e anotar queixas de dor e desconforto; (SPC)
- Estar atento a queixas de cefaléia, tonturas, náuseas e vômitos;(SPC)
- Prever cuidados com curativo incisional, observando as características da incisão; (SPC)
- Observar evolução da ferida operatória; (SPC)
- Realizar controle de diurese; (SPC)
- Observar e registrar sobre a formação de globo vesical ; (SPC)
- Observar retorno do peristaltismo e eliminação intestinal; (SPC)
- Estimular deambulação precoce: (SAE)
- Estimular o paciente a expor seus medos e dúvidas, dando apoio emocional; (SAE)
- Observar e registrar sinais de sangramento vaginal; (SPC)
- Reforçar as orientações previstas no pós-operatório. (SAE)
- Estar atento aos sinais de hipo/hiperglicemia; (SPC)
- Auxiliar nos cuidados de higiene e conforto; (SPC)
- Estimular a paciente a participar dos cuidados.(SAE)
- Orientar sobre a realização de massagem da direita para a esquerda de forma circular para estimular o peristaltismo; (SAE)
- Perguntar o que a paciente sabe sobre os cuidados domiciliares, construir um plano de orientações de acordo com seus conhecimentos prévios de modo a promovê-la a uma agente de auto cuidado. (SAE)

## **PRODUÇÃO E GERENCIAMENTO**

### **AVALIAÇÃO**

O plano de cuidados construído foi satisfatório para o pós-operatório imediato. Reforçamos as orientações dadas no pré-operatório, orientamos quanto aos cuidados domiciliares e conseguimos estabelecer uma melhor interação com a paciente e seus familiares. Paciente participou ativamente das orientações, realizando perguntas e expressando seus conhecimentos em relação à situação saúde-doença. Notamos grande interesse da paciente/família referente aos cuidados domiciliares, assim como sua evolução como um agente de autocuidado.

## VISITA DOMICILIAR

No dia 23/07/02 ligamos para a paciente para saber como ela estava passando, pois segundo informação do cirurgião, ela fez retenção urinária, indo para casa com sonda vesical de demora. Disse que estava preocupada com os pontos pois estava tudo "preto" ao redor. Explicamos que gostaríamos de fazer uma visita para saber como estava sendo sua recuperação. Combinamos a visita para o dia seguinte.

### Plano de cuidados

- Perguntar a paciente como está se adaptando com o uso de sonda vesical de demora; (SAE)
- Observar evolução da incisão cirúrgica; (SAE)
- Interagir com a paciente para que exponha suas dúvidas e medos; (SAE)
- Reforçar as orientações quanto aos cuidados domiciliares; (SAE)

### 24/07/02 Cuidando no domicílio

Chegando no domicílio, fomos muito bem recebida pela paciente, que logo nos levou para o quarto para nos mostrar a incisão cirúrgica: "chega a tá preto, nè? Antes eu não enxergava não, agora que a barriga desinchou um pouquinho é que eu estou vendo. Eu não sei se o roxo está aumentando ou se eu tenho essa impressão porque a minha barriga está desinchando". Avaliamos a incisão cirúrgica e explicamos que o "roxo" estava diminuindo.

**S** = Relata estar preocupada pois ao redor da incisão cirúrgica está preto. Refere que ao tomar banho sente medo de perder a sonda, não vê a hora de retirá-la. Está se alimentando bem e ingerindo mais de dois litros de água por dia.

**O** = Lúcida, comunicativa, deambulante. Hidratada, corada, eupneica, afebril. Incisão cirúrgica com bordos aderidos, sem secreção. Presença de hematoma ao redor da incisão, que se estende da altura da cicatriz umbilical até a sínfise púbica, com margem amarelada e região central de cor roxa. Secreção serosanguinolenta no forro perineal. Presença de sonda foley nº 12, não fixada na perna.. Está urinando mais de seis vezes ao dia, sendo que a micção

é realizada em duas etapas: primeiro tenta urinar pelo lado da sonda, depois que urinou boa quantidade abre a sonda para drenar a urina residual. Eliminação intestinal: evacuou uma vez nas 24h.

**A** = paciente aparentemente bem e independente para o autocuidado. 6º dia de PO.

- Déficit de conhecimento relacionado ao funcionamento da sonda foley. (SAE)
- Necessidade de orientações relacionado ao hematoma pós-cirúrgico. (SAE)
- Hematoma provavelmente relacionado ao trauma tissular causado pela manipulação durante a cirurgia. (SAE)
- Hematoma com áreas de regressão (SPC)
- Risco para infecção relacionada a sonda vesical de demora e diabetes mellitus. (SAE)
- Medo relacionado à manipulação da sonda. (SAE)
- Ansiedade relacionada a retirada as sonda vesical. (SAE)
- Eliminação vesical alterada provavelmente relacionada ao edema uretral e a readaptação vesical pós-cirúrgica, evidenciado pelo uso de sonda foley. (SAE)
- Eliminação intestinal dentro dos parâmetros da normalidade. (SAE)

**P** =

- Demonstrar a paciente e família uma forma de fixar a sonda, para que ela sinta mais segurança ao tomar banho; (SAE)
- Orientar que existe um balão na extremidade da sonda que impede que ela saia de dentro da bexiga; (SAE)
- Reforçar as orientação quanto aos cuidados com a sonda vesical de demora. (SAE)
- Orientar que o hematoma é devido a manipulação durante a cirurgia; (SAE)
- Tranquilizá-la demonstrando que o hematoma já está regredindo; (SAE)
- Elogiar a paciente pelas atividade de autocuidado; (SAE)

## **PRODUÇÃO E GERENCIAMENTO**

### **AVALIAÇÃO**

Percebemos que a paciente tornou-se um agente de autocuidado e que dispõe do apoio de seus familiares, os quais atuam como cuidadores nas atividades em que a paciente necessita de auxílio. Neste dia utilizamos o sistema de apoio e educação voltado tanto a paciente como aos seus cuidadores (familiares).

## ANEXO VII

### **Instrumento de orientações para o enfermeiro ensinar a autocateterização**

O cateterismo intermitente limpo é um método que permite o esvaziamento periódico da bexiga, pela introdução de um cateter através da uretra ou de um estoma continente. Previne infecção urinária, uma vez que a hiperdistensão e o aumento anormal da pressão vesical (dentro da bexiga) diminuem o fluxo sanguíneo tecidual, reduzindo também a resistência à infecção bacteriana. Pode ser indicado em qualquer idade, inclusive em crianças pequenas e recém nascido.

Pode ser realizado tanto pelo paciente (autocateterismo), quanto pelo seu cuidador. O primeiro cateterismo intermitente será realizado pelo enfermeiro, demonstrando passo a passo suas etapas. Antes de iniciar o processo educativo envolvendo o paciente e/ou cuidador o enfermeiro deve realizar uma coleta de dados, incluindo a análise da habilidade psicomotora para a realização do procedimento. Após esta etapa, o enfermeiro deve iniciar o procedimento que são iguais para ambos os sexos até o passo nº 13:

1. Lavar as mãos;
2. Selecionar os materiais necessários: cateter limpo (6 - 16 Fr), sabonete (tipo lanolina) ou povidine, algodão ou gaze, lubrificante hidrossolúvel tipo lidocaína gel (não é recomendável utilizar vaselina), cuba rim ou outro recipiente para colher a urina, espelho e lanterna (se necessário);
3. Relatar a finalidade do cateterismo e a importância da sua execução;
4. Explicar ao paciente a anatomia e fisiologia da bexiga;
5. Pedir para o paciente esvaziar a bexiga o máximo que puder;
6. Orientar ao paciente para lavar as mãos com água e sabão;
7. Demonstrar os materiais que serão utilizados explicando a finalidade de cada um;
8. Colocar todo o material ao alcance;
9. Calçar luvas de procedimento; (explicar ao paciente que ele não precisa usar luva)
10. Colocar povidine ou sabão numa gaze ou algodão;
11. Abrir o pacote com cateter tomando cuidado de não tocá-lo. Não retirar do pacote. Colocar xilocaína na ponta do cateter.
12. Coloque o paciente numa posição em que ele consiga visualizar/participar do procedimento;
13. Fazer a limpeza na genitália com água e sabão ou povidine;

**No caso de homens:**

14. Segurar o pênis com dois dedos de uma das mãos e com a outra limpar o meato uretral e a glândula;
15. Sem soltar o pênis pegar o cateter com a mão livre, verificando se a ponta que será introduzida na uretra está devidamente lubrificada;
16. Para introdução do cateter o pênis deve ser retificado;
17. Introduzir o cateter até sair urina, e após esse procedimento inseri-lo mais três a quatro cm, mantendo-o nessa posição até o esvaziamento completo da bexiga;
18. Retirar o cateter lentamente, parando quando houver saída de urina;
19. Retirar o excesso de sabão do pênis;
20. Lavar as mãos.

**No caso de mulheres:**

14. Abduzir as pernas da paciente e mantê-las separadas, apoiar as costas da paciente com travesseiros para facilitar a visualização do procedimento. Recomenda-se utilizar um espelho para a paciente visualizar seu meato uretral;
15. Limpar com uma gaze com sabão ou povidine a região ao redor da vagina;
16. Separar os grandes lábios com uma das mãos;
17. Limpar o meato uretral com uma nova gaze;
18. Introduzir o cateter (4 a 6cm) até a urina sair;
19. Retirar o cateter lentamente, parando quando houver saída de urina;
20. Retirar o excesso de sabão;
21. Lavar as mãos.

**Cuidados:**

1. Abandonar o procedimento se houver uma grande resistência para introdução do cateter;
2. Orientar o paciente para procurar assistência médica, quando apresentar sintomas como:
  - Urina turva ou alteração da cor;
  - Urina com odor fétido;
  - Aumento das frequências das micções;
  - Urgência miccional;
  - Dor suprapúbica;
  - Sangramento importante;
  - Febre e calafrios;
  - Urina com partículas diferentes que não o muco em bexigas ampliadas.



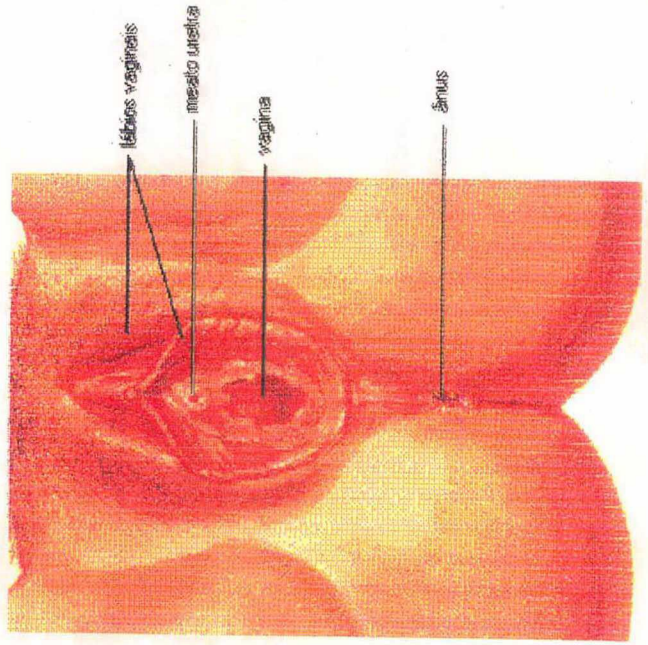
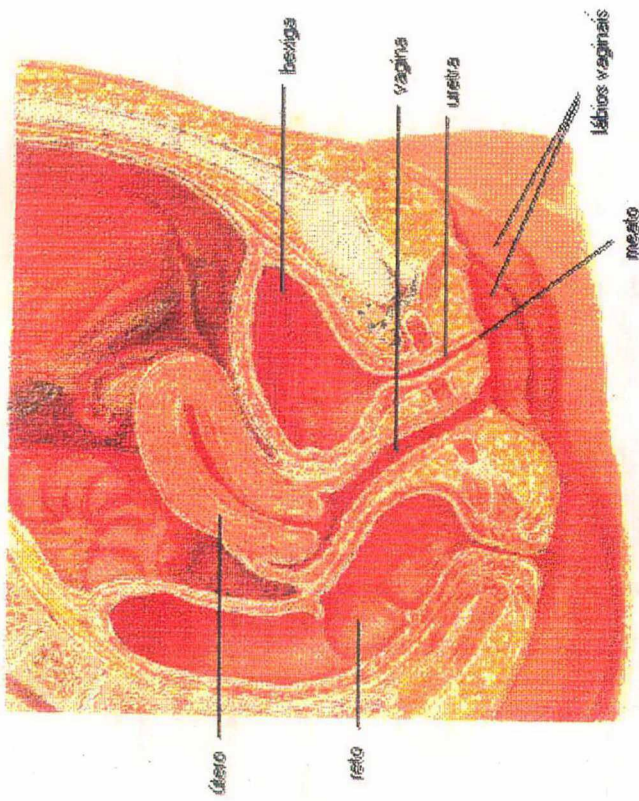
## AUTO-CATERISMO EM MULHERES

Para que você compreenda as orientações que constam neste manual é necessário saber o nome e para que servem alguns órgãos do sistema urinário. Verifique estes nomes nas figuras 1 e 2.

- BEXIGA:** bolsa oca onde a urina é armazenada até ser eliminada.  
**URETRA:** Tubo que sai da bexiga e transporta a urina para fora do corpo.  
**MEATO URETRAL:** Abertura externa da uretra, localizada logo acima da abertura da vagina.  
**RINS:** Órgãos que produzem urina e removem impurezas do sangue.  
**URETERES:** Par de tubos que transportam a urina dos rins até a bexiga.  
**ÂNUS:** Abertura externa do reto através do qual passam as fezes.  
**RETO:** A parte mais baixa do intestino grosso que armazena as fezes até ser esvaziado.  
**VAGINA:** Canal (canal de parto) que liga o útero ao meio exterior através de uma abertura localizada entre o ânus e o meato.  
**Útero:** Órgão que mantém o feto durante o seu desenvolvimento antes do nascimento.

O auto-cateterismo é uma técnica que você mesmo realiza para esvaziar sua bexiga quando você não consegue urinar normalmente. Pacientes vítimas de traumatismo medular, com certos tipos de doenças ou submetidos a determinadas cirurgias (como por exemplo, ampliação vesical), podem perder a capacidade de urinar normalmente, e o auto-cateterismo se torna necessário.

Cateter é um fino tubo, semelhante a uma "mangueirinha". Cateterização é a introdução desta "mangueirinha", no meato uretral (localizado acima da vagina), passando dentro da uretra e chegando a bexiga. A cateterização permite que a urina saia por esta mangueirinha (cateter) esvaziando a sua bexiga.



## COMO FAZER O AUTO-CATETERISMO:

### Material necessário:

- Cateter (mangueirinha) limpo;
- Sabonete (tipo lanolina) ou povidine.
- Esponja macia ou algodão ou gaze (você pode escolher um dos três);
- Lubrificante hidrossolúvel tipo lidocaína geléia (xilocaína). Não utilize vaselina ou outro lubrificante derivado de petróleo, porque são prejudiciais;
- Reservatório para colher a urina (jarra, bacia, etc.).  
Tesoura (caso seja necessário abrir o pacote do cateter).

### PROCEDIMENTO

1. Esvazie sua bexiga o máximo possível se você for capaz de urinar. Leve o material necessário para quarto ou banheiro.



2. Lave suas mãos com água e sabão e enxugue-as com uma toalha de papel ou toalha de pano limpa.



3. Prepare seu material:
  - a. Coloque todo o material ao seu alcance: cateter (mangueirinha), gaze ou algodão ou esponja macia, lubrificante (xilocaína), reservatório para colher a urina;
  - b. Coloque o sabonete ou Povidine numa gaze limpa ou algodão ou esponja;

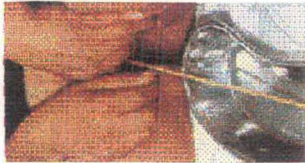
- c. Abra o pacote do cateter de forma que este possa ser facilmente pego com uma mão quando necessário;
  - d. Você pode cortar o pacote do cateter em três lados, deixando um lado sem cortar. Após isso abra o pacote, cuidando para não tocar no cateter. Não remova o cateter do pacote;
  - e. Coloque um pouco de Xilocaína geléia na ponta do cateter;
  - f. Encontre uma posição confortável para realizar este procedimento. Você pode fazer agachada no chão, em cima da cama, sentada, numa cadeira ou no vaso sanitário. Se você se sentir segura pode deixar sair a urina diretamente no vaso sanitário, não necessitando do reservatório para colher a urina;
  - g. Abra suas pernas e mantenha-as separadas;
  - h. Se estiver utilizando um espelho, posicione-os na cama ou numa banqueta em sua frente, de modo que você possa ver claramente o meato uretral diretamente ou no espelho.
4. Limpe a área ao redor da vagina e do meato urinário:
    - a. Com uma das mãos, separe os lábios para que o meato apareça. Mantenha esta posição durante todo o procedimento;
    - b. Com a outra mão, pegue a gaze, algodão ou esponja com sabonete ou povidine;
    - c. Limpe a região da vagina num único sentido (de cima para baixo) e no final o meato uretral com esta gaze (mantenha distância da região anal) e jogue fora a gaze.



### 5. Início do cateterismo:

- a. Use a sua mão livre para pegar o cateter;
- b. Pegue o cateter a alguns centímetros da ponta que será inserida no meato uretral
- c. Coloque a ponta do cateter, devagar e firmemente, através do meato, cerca de 4 a 6 cm para dentro da bexiga. Se não sair urina, o cateter pode não estar na uretra, pode estar na vagina. Deixe o cateter inserido para servir como referência e tente novamente com

um outro cateter. O meato uretral está posicionado imediatamente acima da vagina;



d. Após a urina começar a sair, empurre o cateter por mais 2 cm;



e. Mantenha o cateter no lugar até que pare de sair urina;  
f. Quando a urina parar de sair, retire o cateter lentamente. Se sair mais urina conforme você for removendo o cateter, mantenha-o nesta posição até que a urina pare completamente. Depois disto, continue a remover lentamente o cateter;



g. Enxágüe a área genital com sabão após cada cateterismo para remover o resíduo de sabão;

h. Lave suas mãos com água e sabão;

i. Lave o cateter com água e sabão e guarde-o em lugar limpo.

#### LEMBRETES:

Somente uma mão fica livre para fazer o cateterismo. A mão que expõe o meato uretral deve permanecer no local até que o cateter esteja na bexiga ou você terá que repetir o processo de limpeza, a fim de evitar infecções.

Não se assuste se uma pequena quantidade de sangue sair da uretra. Isto é comum quando se aprende pela primeira vez o procedimento. Você pode notar sangue no cateter ou em sua urina. Não pare o cateterismo devido a este sangramento. Com repetidas cateterizações o sangramento deve parar. Se o mesmo persistir, procure o seu médico.

O cateter que você utilizará para realizar o auto cateterismo pode ser estéril (livre de bactérias) ou limpo (eventualmente contaminado por quantidade diminuta de bactérias). O menor risco de infecção ocorre quando se utiliza um cateter estéril apenas um vez. Entretanto a utilização de cateteres limpos tem sido empregada em inúmeras pessoas, tendo sido comprovada sua segurança e eficiência. O potencial aumento do risco de infecção quando se reutiliza o mesmo cateter é compensado pela maior praticidade e pelos menores custos associados ao cateterismo limpo. Além disso a contaminação da urina, quando presente, geralmente não representa nenhuma ameaça à saúde das pessoas, e na maior parte dos casos não precisa ser tratada. O cateter é embalado para ser utilizado somente uma vez. Entretanto eles podem ser reutilizados com segurança se você seguir as orientações de cuidados com os cateteres. Se você planeja reutilizar o cateter (cateterismo limpo) limpe-o com água e sabão imediatamente após o uso. Guarde o cateter enrolado em uma toalha ou fralda limpa. O mesmo cateter pode ser reutilizado várias vezes nas pessoas que estejam fazendo cateterismo intermitente limpo. Deve-se sempre lembrar de lavar as mãos antes de manuseá-lo. Diariamente o cateter deve ser fervido em água. O cateter poderá ser utilizado por até um mês. Se você perceber que o cateter apresenta áreas de fragilidade ou quebras ou perda de seu aspecto original, troque o cateter por um novo.

O auto cateterismo não impede que você viaje. Lembre-se de levar todo o material necessário para a realização do procedimento.

Como muitos banheiros não possuem local adequado para colocar o material você deve estar preparado para colocá-los no chão do banheiro, forrando-o com toalhas, sacos plásticos ou jornal. Isto ajuda a manter todo o material limpo. Prepare o material e realize o auto cateterismo da maneira como você está acostumado.

Em crianças que frequentam a escola os professores e a direção deverão ser avisados sobre o auto cateterismo, para que facilitem sua realização sempre que necessário. Os familiares da criança poderão ir à escola para ajudar no cateterismo da criança se isto for recomendado.

#### **PROCURE ASSISTÊNCIA MÉDICA QUANDO:**

1. Você sentir algum tipo novo de resistência para introduzir o cateter.
2. Se você notar sintomas de infecção tais como:
  - Urina turva ou de coloração não usual;
  - Urina contendo partículas diferentes que não o muco habitual em caso de bexigas ampliadas;
  - Urina com mau cheiro;
  - Aumento do número de vezes com que você vai ao banheiro;
  - Urgência para urinar;
  - Queimação quando você urina;
  - Dor na parte baixa do abdome.
3. Se você apresentar sangramento importante.
4. Se apresentar febre e/ou calafrios.

**Elaborado pelas Acadêmicas de Enfermagem/UFSC Camila Borba e  
Margarete Maria de Lima**

## AUTO-CATERISMO EM HOMENS

Para que você compreenda as orientações que constam neste manual é necessário saber o nome e para que servem alguns órgãos do sistema urinário:

**BEXIGA:** bolsa oca onde a urina é armazenada até ser eliminada.

**URETRA:** tubo que sai da bexiga, passa dentro o pênis e transporta a urina para fora do corpo.

**MEATO URETRAL:** abertura localizada na cabeça do pênis (glândula).

**RINS:** órgãos que produzem urina e removem impurezas do sangue.

**URETERES:** par de tubos que transportam a urina dos rins até a bexiga.

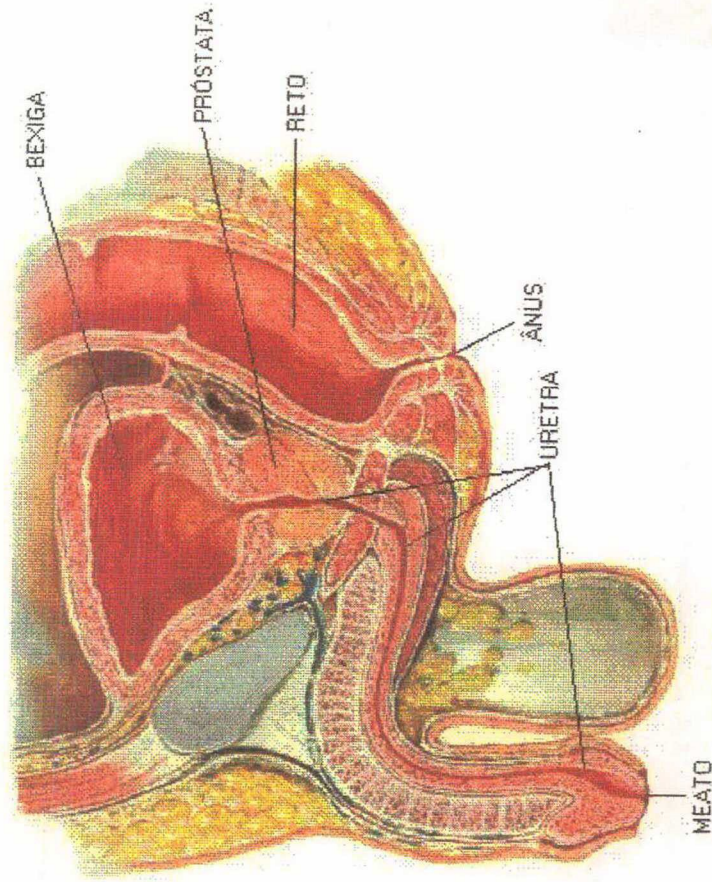
**ÂNUS:** abertura externa do reto através do qual passam as fezes.

**RETO:** a parte mais baixa do intestino grosso que armazena as fezes até ser esvaziado.

O auto-caterismo é uma técnica que você mesmo realiza para esvaziar sua bexiga quando você não consegue urinar normalmente. Pacientes vítimas de traumatismo medular, com certos tipos de doenças ou submetidos a determinadas cirurgias (como por exemplo, ampliação vesical), podem perder a capacidade de urinar normalmente, e o auto-caterismo se torna necessário.

Cateter é um fino tubo, semelhante a uma "mangueirinha".

Caterização é a introdução desta "mangueirinha", no meato uretral (localizado na cabeça do pênis), passando dentro da uretra e chegando a bexiga. A caterização permite que a urina saia por esta mangueirinha (cateter) esvaziando a sua bexiga.



## COMO FAZER O AUTO-CATETERISMO:

### Material necessário:

- Cateter (mangueirinha) limpo;
- Sabonete (tipo lanolina) ou povidine.
- Esponja macia ou algodão ou gaze (você pode escolher um dos três);
- Lubrificante hidrossolúvel tipo lidocaína geléia (xilocaína). Não utilize vaselina ou outro lubrificante derivado de petróleo, porque são prejudiciais;
- Reservatório para colher a urina (jarra, bacia, etc.).
- Tesoura (caso seja necessário abrir o pacote do cateter).

### PROCEDIMENTO

1. Esvazie sua bexiga o máximo possível se você for capaz de urinar. Leve o material necessário para quarto ou banheiro.



2. Lave suas mãos com água e sabão e enxugue-as com uma toalha de papel ou toalha de pano limpa.

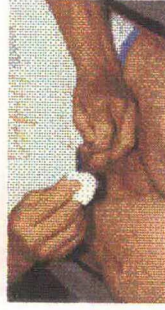


3. Prepare seu material:

- a. Coloque todo o material ao seu alcance: cateter (mangueirinha), gaze ou algodão ou esponja macia, lubrificante (xilocaína), reservatório para colher a urina;
- b. Coloque o sabonete ou Povidine numa gaze limpa ou algodão ou esponja;
- c. Abra o pacote do cateter de forma que este possa ser facilmente pego com uma mão quando necessário.

- d. Você pode cortar o pacote do cateter em três lados, deixando um lado sem cortar. Após isso abra o pacote, cuidando para não tocar no cateter. Não remova o cateter do pacote.
- e. Coloque um pouco de Xilocaína geléia na ponta do cateter.
- f. Encontre uma posição confortável para realizar este procedimento. Você pode sentar na cama, numa cadeira ou no vaso sanitário. Se você se sentir seguro pode deixar sair a urina diretamente no vaso sanitário, não necessitando do reservatório para colher a urina.

4. Limpe o pênis com uma das mãos. Com a outra mão segure o pênis, mantendo a glande (cabeça do pênis) exposta. Pegue a gaze (esponja ou algodão) coloque Povidine ou sabonete e limpe a cabeça do pênis do meato uretral para fora.



### 3. Início do cateterismo:

- a. Sem soltar o pênis, pegue o cateter com a outra mão e observe se a ponta do cateter está bem lubrificada com xilocaína;
- b. Deixe o lado oposto do cateter (lado que tem a tampinha) para drenar a urina no reservatório;
- c. Introduza o cateter no meato;



- d. Se você estiver usando um cateter de ponta curva, assegure-se que a curvatura esteja para cima. Conforme você estiver introduzindo o cateter devagar e firmemente, estique o pênis. Este procedimento estica a uretra tornando mais fácil a introdução.
- e. Se você sentir uma pequena resistência (dificuldade em passar o cateter) continue introduzindo. Quando o músculo relaxa o cateter avançará até a bexiga. Se você continuar sentindo resistência pare o cateterismo e procure o serviço médico;

- f. Continue empurrando lentamente o cateter até a saída da urina. Após isto, introduza mais 3-4 cm;
- g. Mantenha o cateter no lugar até que pare de sair urina;
- h. Quando a urina deixar de sair, remova o cateter lentamente. Se sair mais urina conforme você for removendo o cateter, mantenha-o nesta posição até que a urina pare de sair. Depois disto continue a removê-lo lentamente;



- i. Enxágüe o pênis com água após cada cateterismo para remover o resíduo de sabão;
- j. Lave suas mãos com água e sabão;
- k. Lave o cateter com água e sabão e guarde-o em lugar limpo (p.ex. uma fralda passada com ferro quente).

#### LEMBRETES:

Somente uma mão fica livre para fazer o cateterismo. A mão que segura o pênis deve permanecer no local até que o cateter esteja na bexiga ou você terá que repetir o processo de limpeza, a fim de evitar infecções.

Não se assuste se uma pequena quantidade de sangue sair da uretra. Isto é comum quando se aprende pela primeira vez o procedimento. Você pode notar sangue no cateter ou em sua urina. Não pare o cateterismo devido a este sangramento. Com repetidas cateterizações o sangramento deve parar. Se o mesmo persistir, procure o seu médico.

O cateter que você utilizará para realizar o autocateterismo pode ser estéril (livre de bactérias) ou limpo (eventualmente contaminado por quantidade diminuta de bactérias). O menor risco de infecção ocorre quando se utiliza um cateter estéril apenas um vez. Entretanto a utilização de cateteres limpos tem sido empregada em inúmeras pessoas, tendo sido comprovada sua segurança e eficiência. O potencial aumento do risco de infecção quando se reutiliza o mesmo cateter é compensado pela maior praticidade e pelos menores custos associados ao cateterismo limpo. Além disso a contaminação da urina,

quando presente, geralmente não representa nenhuma ameaça à saúde das pessoas, e na maior parte dos casos não precisa ser tratada. O cateter é embalado para ser utilizado somente uma vez. Entretanto eles podem ser reutilizados com segurança se você seguir as orientações de cuidados com os cateteres. Se você planeja reutilizar o cateter (cateterismo limpo) limpe-o com água e sabão imediatamente após o uso. Guarde o cateter enrolado em uma toalha ou fralda limpa. O mesmo cateter pode ser reutilizado várias vezes nas pessoas que estejam fazendo cateterismo intermitente limpo. Deve-se sempre lembrar de lavar as mãos antes de manuseá-lo. Diariamente o cateter deve ser fervido em água. O cateter poderá ser utilizado por até um mês. Se você perceber que o cateter apresenta áreas de fragilidade ou quebras ou perda de seu aspecto original, troque o cateter por um novo.

O auto cateterismo não impede que você viaje. Lembre-se de levar todo o material necessário para a realização do procedimento.

Como muitos banheiros não possuem local adequado para colocar o material você deve estar preparado para colocá-los no chão do banheiro, forrando-o com toalhas, sacos plásticos ou jornal. Isto ajuda a manter todo o material limpo. Prepare o material e realize o auto cateterismo da maneira como você está acostumado.

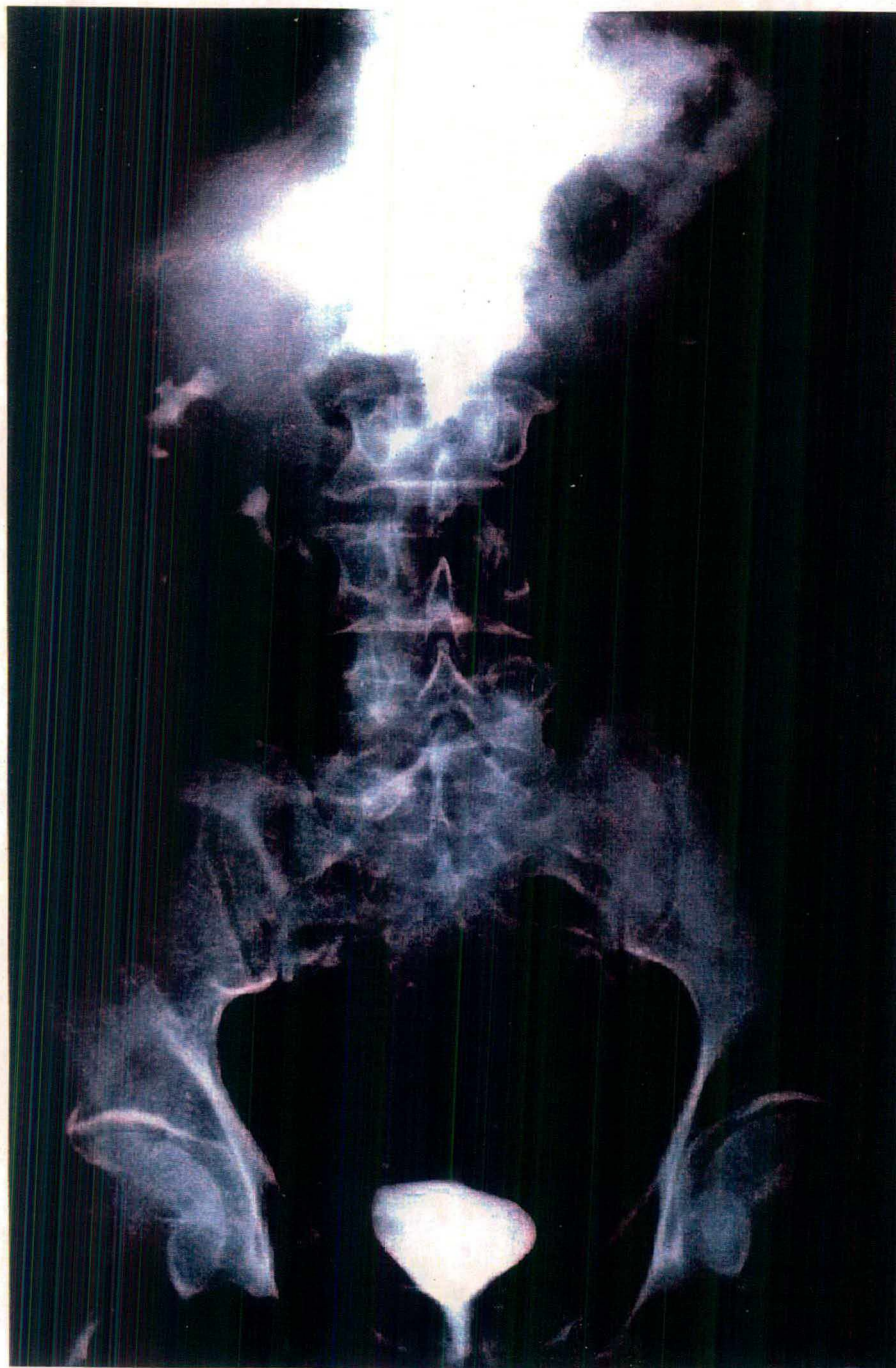
Em crianças que frequentam a escola os professores e a direção deverão ser avisados sobre o auto cateterismo, para que facilitem sua realização sempre que necessário. Os familiares da criança poderão ir à escola para ajudar no cateterismo da criança se isto for recomendado.

#### PROCURE ASSISTÊNCIA MÉDICA QUANDO:

1. Você sentir algum tipo novo de resistência para introduzir o cateter.
2. Se você notar sintomas de infecção tais como:
  - Urina turva ou de coloração não usual;
  - Urina contendo partículas diferentes que não o muco habitual em caso de bexigas ampliadas;
  - Urina com mau cheiro;
  - Aumento do número de vezes com que você vai ao banheiro;
  - Urgência para urinar;
  - Queimação quando você urina;
  - Dor na parte baixa do abdome.
3. Se você apresentar sangramento importante.
4. Se apresentar febre e/ou calafrios.

Elaborado pelas Acadêmicas de Enfermagem/UFSC Camila Borba e  
Margarete Maria de Lima

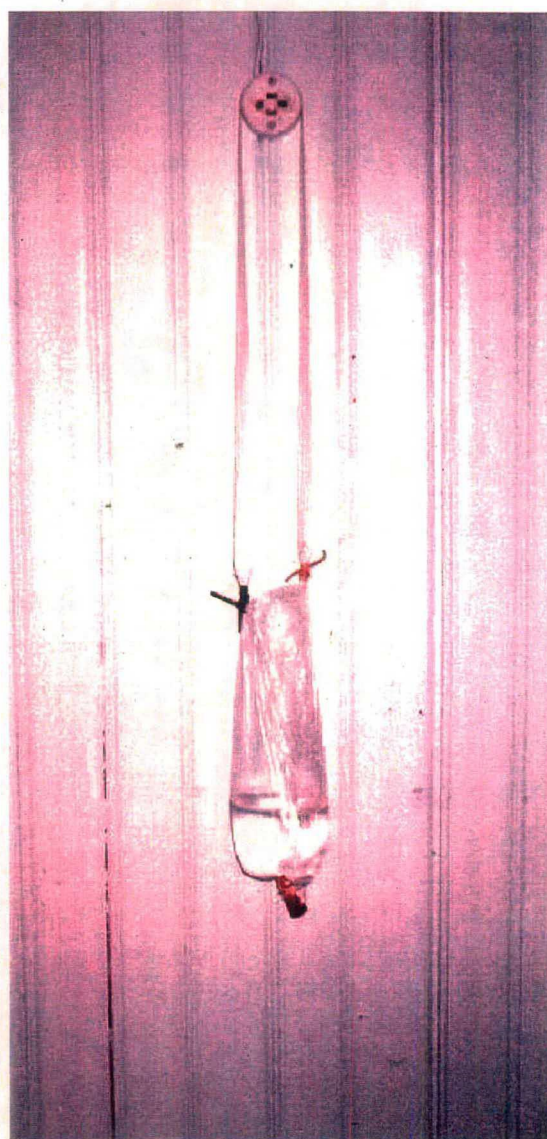
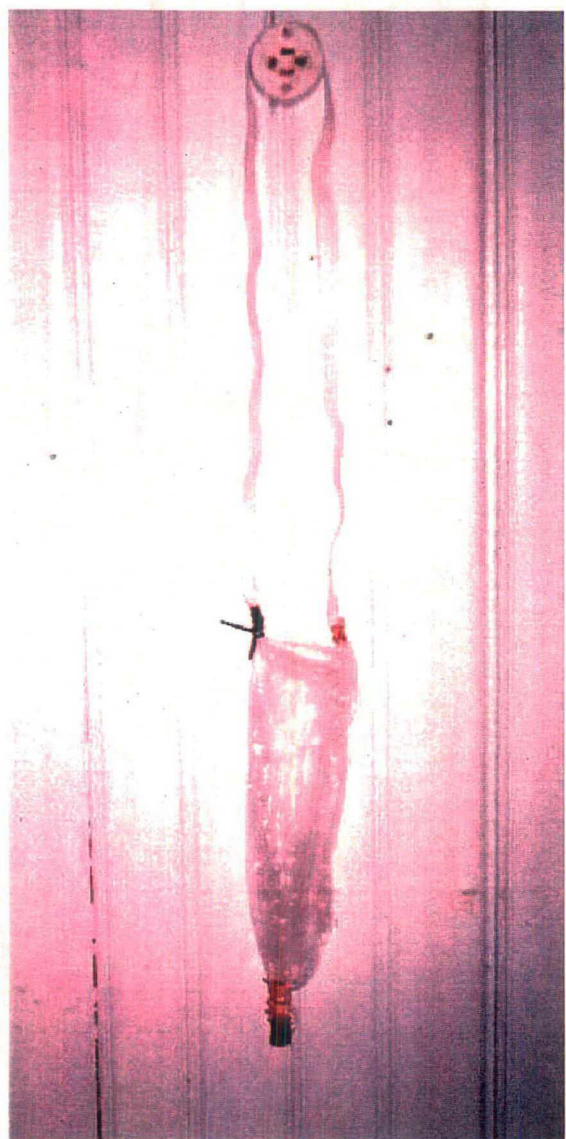
**ANEXO X**



Uretrocistografia – bexiga em funil  
Paciente Mileto



## ANEXO XI



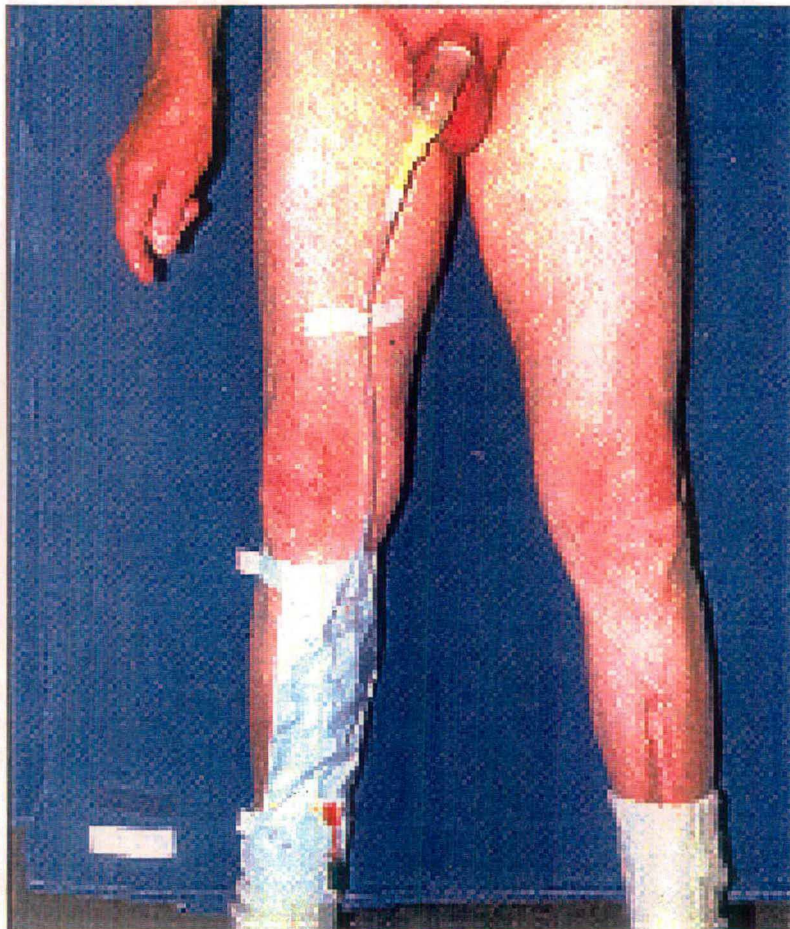
**Invento desenvolvido por Mileto – bolsa coletora artesanal**

## ANEXO XII



Visita domiciliar/paciente utilizando frasco coletor de urina

## ANEXO XIII



**Bolsa Coletora de Perna**

## **ANEXO XIV**

**Roteiro da palestra ministrada a equipe da CCR2 e acadêmicos da 6ª fase de enfermagem da UFSC**

### **❖ ANATOMIA**

- Bexiga
- Uretra ( tamanho, esfíncter interno e externo)
- Relações sexo feminino e sexo masculino

### **❖ INTEGRAÇÃO CENTRAL DOS ESTÍMULOS VESICAIS**

- Córtex cerebral
- Ponte

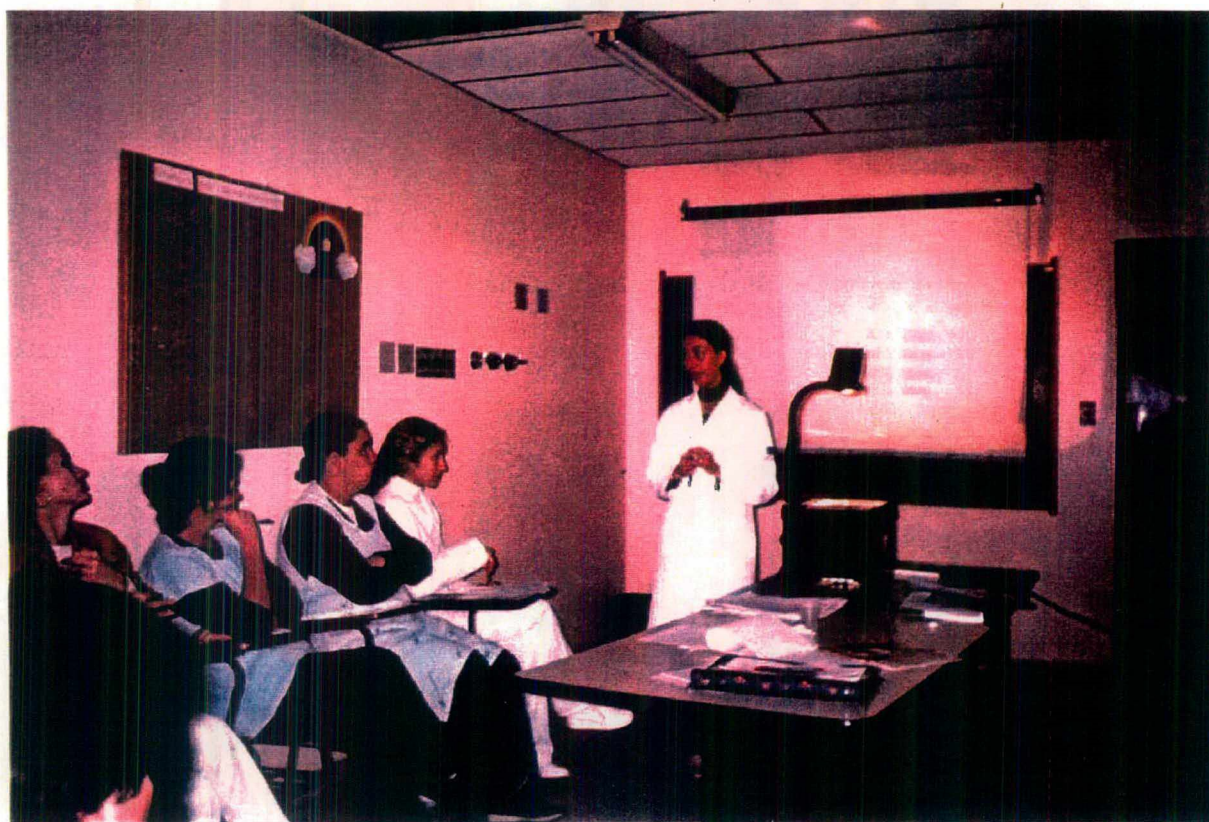
### **❖ INTEGRAÇÃO MEDULAR E CONTROLE PERIFÉRICO**

- Sistema nervoso autônomo (simpático e parassimpático). SN somático
- Controle neurológico da continência
- Mecanismo da continência - enchimento e esvaziamento

### **❖ TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

- Incontinência urinária de esforço
- Incontinência por urgência
- Incontinência reflexa
- Incontinência paradoxal

**ANEXO XV**



**Palestra proferida à equipe de enfermagem da CCR2 e acadêmicos da 6ª fase de enfermagem da UFSC**

## ANEXO XVI



**Confraternização com a equipe da clínica cirúrgica II**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
 CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
 Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
 e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

**DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial**

O presente relatório apresentado pelas alunas Daniela e Marquês mostra a trajetória construída durante a prática assistencial, desenhada em conjunto com pessoas envolvidas. Apresenta ampla revisão de literatura na área voltada a incorporação da ciência, bem como assistência de enfermagem pautada em evidências científicas. O relatório descreve a atuação das estudantes em unidades através de educação em saúde, o que tem sido contribuinte para melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem nessas unidades. O texto apresenta a vivência das alunas, onde se percebe a busca, humildade, respeito e sensibilidade para a humanização dos cuidados de enfermagem, visando a referência e o bom cuidado em Enfermagem.

Parabéns pelo trabalho!

Sucesso na vida profissional

Delise

com carinho

Delise

09/09/2002