

PROTOCOLO OSTOMIA INCONTINÊNCIA URINÁRIA



PIRACICABA / SP
2024



PROTOCOLO DE OSTOMIA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1^a ED. 2024

LUCIANO ALMEIDA
PREFEITO DE PIRACICABA

AUGUSTO MUZILLI JÚNIOR
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE PIRACICABA

TATIANA DO PRADO LIMA BONINI
COORDENADORA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA

RAFAELA MOSSARELI PENEDO
COORDENADORA DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

ELABORAÇÃO

Equipe Ambulatório de Estomaterapia: estomas e incontinência

Equipe Centro de Atenção às Doenças Metabólicas (CADME)

Equipe Programa de Atenção Domiciliar (PAD)

ORGANIZAÇÃO / FORMATAÇÃO

Luciana Ovidio de Lima do Amaral



PIRACICABA / SP
2024



**Declaração de recebimento do Protocolo de Ostomia
e Incontinência Urinária do Município de Piracicaba.**

UNIDADE: _____

Recebido em: ____ / ____ / ____

**CIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
(ASSINATURA COM CARIMBO)**



**PIRACICABA / SP
2024**

APRESENTAÇÃO

A proposta de instituir o protocolo de atendimento ambulatorial de Estomaterapia - estomas e incontinência - visa organizar o serviço, regulamentar e sistematizar o atendimento e a assistência prestada, oferecendo direcionamento aos profissionais envolvidos no ambulatório de forma a garantir a melhoria da qualidade da assistência já prestada aos usuários do SUS.

Este ambulatório tem o compromisso de propiciar um cuidado especializado e humanizado aos pacientes, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes portadores de algum acometimento que envolva as duas áreas (estomas e incontinência).

É nesta perspectiva do cuidado integral que os profissionais envolvidos realizarão seu trabalho, devendo estar informados quanto aos recursos e serviços disponíveis, conhecerem as normas, rotinas e fluxos de encaminhamentos durante a assistência às pessoas com estomas e incontinência.

A criação do Ambulatório de Estomaterapia - estomas e incontinência - do município, segue as diretrizes contidas na Portaria nº N° 400 de 16 de novembro de 2009, sendo este serviço localizado no Centro de Reabilitação de Piracicaba.

SUMÁRIO

OSTOMIAS	10
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES	8
2.1 QUANTO À FUNÇÃO	9
2.2. TIPOS DE OSTOMIAS GASTROINTESTINAIS	9
2.3. ESTOMIAS ALIMENTARES	10
2.4. OS OSTOMIZADOS	11
2.5. ESTOMIAS INTESTINAIS	12
2.6. TIPOS DE COLOSTOMIA	12
2.7. ESTOMIAS URINÁRIAS	13
- ESTOMIA DEFINITIVA	13
- ESTOMIA TEMPORÁRIA	14
3. ATENDIMENTO NO SERVIÇO AMBULATORIAL	16
3.1. ATENDIMENTOS TÉCNICOS	18
3.2. PLANO TERAPÊUTICO	18
3.3. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	19
3.4. PÚBLICO	19
3.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	19
3.6. CAPACIDADE OPERACIONAL	19
3.7. ACOMPANHAMENTO	20
3.8. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO	20
4. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE	20
4.1 ENFERMEIRO	20
4.2 ESTAGIÁRIO	21
5. INSUMOS	21
5.1 TIPOS DE EQUIPAMENTO DE DESCRIÇÃO DE BOLSAS	22
5.2 EQUIPAMENTOS COLETORES	22
5.3 ACESSÓRIOS	23
5.4 ADJUVANTES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA	24
6. FLUXOGRAMA 1 - ENCAMINHAMENTO INTERNO AO CENTRO DE REABILITAÇÃO	25
INCONTINÊNCIAS URINÁRIAS	27
1. INTRODUÇÃO.....	28
2. OBJETIVO	28

3.	ANATOMIA DO TRATO URINÁRIO INFERIOR E FISIOLOGIA MICCIONAL	29
4.	ESVAZIAMENTO VESICAL INCOMPLETO: CONDIÇÕES DE RISCO	30
4.1.	CONSEQUÊNCIAS DO ESVAZIAMENTO VESICAL COMPLETO	31
4.2	IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE ESVAZIAMENTO VESICAL INCOMPLETO	
	32	
5	INCLUSÃO DO PACIENTE NO PROGRAMA DE CATETERISMO	
	INTERMITENTE LIMPO	33
5.2	ESCOLHA DO CATETER	34
5.3	TÉCNICA PARA CATETERISMO INTERMITENTE LIMPO	35
5.4	FREQUÊNCIA DO CATETERISMO INTERMITENTE LIMPO	35
	DIÁRIO VESICAL	36
6	PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES	37
6.2	PREVENÇÃO DE ITU	37
6.3	INGESTÃO DE ÁGUA	38
6.4	PREVENÇÃO DE TRAUMA URETAL	38
7	CRITÉRIOS PARA ALTA DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO	39
8	DISPENSAÇÃO DO MATERIAL	40
9	APÊNDICE	41
	ANEXOS	49
	ANEXO 1 - CONTROLE PROGRAMA DE OSTOMIA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
	50
	ANEXO 2 - FICHA DE CADASTRO – ESTOMIZADO	51
	ANEXO 3 – MODELO DE RECEITUÁRIO PARA ACESSÓRIOS E SONDAS	52
	ANEXO 4 – FICHA DE ANAMNESE	53
	ANEXO 5 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAL	54
	ANEXO 6 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR DOMÍNIOS	55
	ANEXO 7 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	59
	REFERÊNCIAS	60

OSTOMIAS

1. INTRODUÇÃO

A pessoa ostomizada teve seus cuidados descritos, pela primeira vez, em 1930, no American Journal of Nursing, tendo o autor considerado o estoma uma deficiência com aspectos individuais e coletivos.

Em 1958 foi instituída a categoria de estomaterapia com referência aos profissionais que se especializaram no atendimento a esses pacientes, sendo mais tarde reconhecida como uma especialidade apenas da enfermagem. Em 1978, representantes de 15 países (profissionais, pacientes e representantes da indústria farmacêutica), realizaram, na Itália, o primeiro Congresso de Estomaterapia e fundaram o World Council of Enterostoma Therapists (WCET).

Desde então, muitas outras iniciativas em todo o mundo vieram agregar atenção à pessoa ostomizada. No Brasil, em 1985, foi constituída a Associação Brasileira de Ostomizados, voltada à defesa da cidadania da pessoa com estomia, desde bebês até idosos e, na sucessão, diversas associações estaduais e regionais.

O Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas, regulamentado pela Portaria Nº 400, de 16 de novembro de 2009, visa à prestação de assistência especializada, de natureza interdisciplinar, às pessoas com estoma, cuidadores e/ou familiares, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, realização das atividades de vida diária e prevenção de complicações nas estomias. Além disso, garante o acesso aos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

Esse serviço tem por finalidade coordenar, elaborar, implementar, monitorar e fiscalizar o cumprimento das políticas públicas de reabilitação dirigidas às pessoas ostomizadas. Ressalta-se ainda, que o olhar do cuidado, no contexto da funcionalidade, deve ampliar os horizontes e contextualizar o indivíduo, a família e a comunidade em uma perspectiva social, privilegiando aspectos relacionados à sua inclusão social, bem como sua autonomia no desempenho das atividades e na participação da sociedade.

2. DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÕES

Com o objetivo de justificar os termos utilizados, cabe destacar as alegações do professor Simônides Bacelar sobre o tema, em relação ao qual informa que os termos "ostoma" e "ostomia" não são encontrados nos dicionários atuais e que, nas normas de transmudações de termos gregos para o português, as formas derivadas de estóma – boca, quando iniciam palavra, é feita com a vogal "e" inicial: estoma.

Importante registrar que termos derivados de "ostomia" são encontrados na literatura, como ostomizado e ostomizar, porém são neologismos, embora historicamente adotados nas designações de serviços e entidades.

Considerando então a orientação do Ministério da Saúde que nomeou o Programa com o termo Ostomizado e o uso corrente na língua falada no Brasil, o presente texto adota, preferencialmente, os termos "ostoma" e "ostomia", porém entendendo também correto o uso de "estoma" e "estomia", definindo:

- **Estomia:** como um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), criando um orifício externo que se chama estoma.
- **Ostomia:** como uma intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).

A ostomia é obtida por meio de uma intervenção cirúrgica que permite criar uma comunicação entre um órgão interno e o exterior com a finalidade de eliminar os dejetos do organismo por impossibilidade de fazê-lo pelas vias normais. A nova abertura que se cria com o exterior através da ostomia chama-se "ostoma", que significa boca. Comumente, se conhece pelo nome de "ânus; contrário a natureza".

As ostomias que afetam o aparelho digestivo chamam-se ostomias digestivas e o conteúdo ou produto eliminado para o exterior são as fezes. As ostomias urinárias são aquelas que afetam o aparelho urinário e o conteúdo eliminado para o exterior é a urina.

As ostomias podem ser permanentes ou temporárias.

2.1 QUANTO À FUNÇÃO

Cabe informar que a classificação das estomias deriva de sua função e do local onde foi realizada, iniciado pelo nome do local e seguido de "ostomia". Exemplos:

Abertura da:	Termo:
Traqueia	Traqueostomia
Esôfago	Esofagostomia
Estômago	Gastrostomia
Duodeno	Duodenostomia
Vesícula Biliar	Colecistostomia
Jejuno	Jejunostomia
Íleo	Ileostomia
Ceco	Cecostomia
Parede Cólica	Colostomia
Côlon Transverso	Transversostomia
Sigmóide	Sigmoidostomia
Rim	Nefrostomia
Bexiga	Cistostomia
Cavidade Peritoneal	Peritonostomia

2.2. TIPOS DE OSTOMIAS GASTROINTESTINAIS

Existem 4 tipos de ostomias gastrointestinais: ileostomia, colostomia, jejunostomia e gastrostomia. Sendo que no ambulatório de Ostomia prestamos assistência a pacientes com ileostomia e colostomia.

- **Ileostomia:** A ileostomia é um tipo de ostomia intestinal que faz a comunicação do íleo, que é a parte final e mais larga do intestino delgado, com o exterior. As ileostomias podem ser também permanentes ou temporárias, obedecendo ao mesmo critério que as colostomias. As ileostomias localizam-

se sempre no lado inferior direito do abdômen.

- **Colostomia:** A colostomia é um tipo de ostomia intestinal que faz a comunicação do cólon com o exterior. Uma colostomia é feita quando a parte inferior do intestino grosso, o reto ou o ânus está impossibilitada de funcionar normalmente ou quando necessita de um período de repouso para as suas funções normais.

2.3. ESTOMIAS ALIMENTARES

As gastrostomias e as jejunostomias são realizadas com a finalidade de administrar alimentos (pastosos e/ou líquidos). A estomia alimentar, dependendo da localização, pode ser classificada em:

Gastrostomia	Procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal.
Jejunostomia	Procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal.

Dispositivo de baixo perfil ou em nível cutâneo (Button®): dispositivo curto, de silicone, cuja parte externa fica a poucos milímetros da pele, tendo aparência de um botão. Para retenção, pode haver um balonete insuflável ou um alargamento na extremidade distal, que pode ser esticado com um mandril para introduzir ou retirar o dispositivo. A estabilização externa se dá pelo próprio dispositivo em contato com a pele. O tamanho do dispositivo deve ser escolhido de acordo com o diâmetro e comprimento do trajeto da gastrotomia que deve ser previamente medido. Conforme ocorrem mudanças da espessura da parede abdominal, o dispositivo precisa ser trocado por outro, de comprimento adequado. Pode ser utilizado, após a formação de um trajeto seguro, tanto na GEP como na gastrostomia cirúrgica. A durabilidade de dispositivos com balonete é de seis meses a um ano. Alguns modelos dispõem de tubos extensores para conexão da dieta ou do dispositivo de drenagem.

2.4. OS OSTOMIZADOS

Os ostomizados são pessoas como qualquer outra. A ostomia serve para solucionar algum tipo de alteração ou problemas oriundos de causas diversas. Os ostomizados utilizam um dispositivo, geralmente uma bolsa, que permite recolher o conteúdo a ser eliminado para o exterior através do estoma.

O fato de ser portador de um "ostoma" faz com que os ostomizados tenham que se adaptar a esta nova situação, porém uma vez superada a etapa inicial, podem levar uma vida normal no seu trabalho, junto aos seus amigos, com a família, etc. O trato gastrintestinal é um trajeto com 6,9 a 7,8 metros de comprimento que se estende desde a boca, passando pelo esôfago, estômago, intestinos delgado e grosso e reto até a estrutura terminal, o ânus.

A Cirurgia gastrintestinal é a parte do processo terapêutico em que o cirurgião realiza uma intervenção manual ou instrumental no estômago e/ou no intestino uma vez que o gastrintestinal é relativo ao estômago e ao intestino. As principais cirurgias são as gastrectomias, ostomias, hernioplastias, apendicectomias, colectomias.

Geralmente pacientes em período pós-cirurgia gastrintestinal precisam de assistência em UTI devido às múltiplas complicações potenciais que possam ocorrer pela complexidade da cirurgia e dos fatores de risco inerentes

ao paciente por isso a necessidade da presença do enfermeiro para que este fique atento às complicações imediatas como distensão abdominal, obstrução intestinal, hemorragias e outras. Além disto, avaliação quanto à ocorrência de complicações cirúrgicas gerais, tais como: choque, problemas pulmonares, trombose e outras intervenções.

2.5. ESTOMIAS INTESTINAIS

Colostomia e ileostomia são definidas, respectivamente, como intervenções cirúrgicas realizadas pela abertura de segmento cólico ou ileal na parede abdominal, visando ao desvio do conteúdo fecal para o meio externo.

A colostomia, dependendo da localização, pode ser classificada em: Colostomia Ascendente é realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso). As fezes são líquidas ou semilíquidas nos primeiros dias após a cirurgia e pastosas após a readaptação intestinal.

2.6. TIPOS DE COLOSTOMIA

- **Colostomia Ascendente:** É realizada com a parte ascendente do cólon (lado direito do intestino grosso). As fezes são líquidas ou semilíquidas nos primeiros dias após a cirurgia e pastosas após a readaptação intestinal.
- **Colostomia Transversa:** É realizada na parte transversa do cólon (porção entre o cólon ascendente e descendente). As fezes são semi-líquidas a pastosas. A colostomia descendente é realizada na parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso). As fezes são de pastosas a sólidas e, no início, o funcionamento do estoma é irregular podendo eliminar fezes várias vezes ao dia, em diferentes momentos. Com o tempo, o funcionamento pode se regularizar, mas será sempre involuntário.
- **Colostomia Descendente:** É realizada na parte descendente do cólon (lado esquerdo do intestino grosso). As fezes são de pastosas a sólidas e, no início, o funcionamento do estoma é irregular podendo eliminar fezes várias vezes ao dia, em diferentes momentos. Com o tempo, o funcionamento pode se regularizar, mas será sempre involuntário.

- **Colostomia Sigmóide:** É realizada na parte do sigmóide. As fezes são de firmes a sólidas (semelhante às fezes eliminadas pelo ânus) e é possível adquirir regularidade;
- **Colostomia Úmida em Alça:** É realizada para permitir a saída de urina e fezes pelo mesmo estoma. É uma alternativa para pacientes que necessitam de dupla derivação (aparelho urinário e digestório);

A colostomia pode ser duplo barril ou duas bocas: o intestino é separado e as duas porções finais são trazidas para a parede abdominal, formando dois estomas distintos, o estoma proximal, funcionante, e o estoma distal, que não funciona. Como também pode ser de uma única boca dependendo da técnica cirúrgica adotada;

Ileostomia é a exteriorização da parte final do intestino delgado, decorrente de qualquer motivo que impeça a passagem das fezes pelo intestino grosso. Os efluentes, nesse caso, são mais líquidos do que os eliminados por uma colostomia.

2.7. ESTOMIAS URINÁRIAS

Existem diversos tipos de estomias urinárias, sendo elas:

- Urostomia é toda forma de drenagem de urina fora dos condutos naturais, que envolve a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra;
- Nefrostomia ou pielostomia: Quando derivadas diretamente dos rins;
- Ureterostomia: Quando exterioriza um ureter;
- Cistostomia: Quando deriva da bexiga;
- Vesicostomia: Quando ocorre a eliminação da bexiga.

QUANTO À PERMANÊNCIA

A Estomia pode ser classificada em definitiva ou temporária.

- ESTOMIA DEFINITIVA

É aquele em que foi necessário retirar uma estrutura que mantém o fisiologismo do trato gastrointestinal. Exemplo: retirada do esfíncter anal, ou de

todo o reto, que impossibilitaria o funcionamento fisiológico do intestino.

- ESTOMIA TEMPORÁRIA

É aquele em que, no procedimento cirúrgico inicial, foram mantidas as estruturas que possibilitem o funcionamento fisiológico do trato gastrointestinal após recuperação da doença de base. O tempo de permanência do estoma temporário varia, em média, de 03 a 12 meses.

QUANTO À POSSÍVEIS COMPLICACÕES

Nos primeiros dias após a cirurgia, o estoma pode ficar edemaciado (inchado). Aos poucos o edema regide. O estoma é vermelho ou rosa vivo semelhante à mucosa da boca (parte interna). A pele ao redor do estoma (pele periestomal) deve estar lisa, sem lesões ou ferimentos. Como o estoma não tem terminações nervosas, não dói ao ser tocado; no entanto, pode apresentar um pequeno sangramento.

Realizada a estomia, o organismo passa por uma adaptação. A consistência das fezes e a frequência da evacuação mudarão após 30 dias da cirurgia, aproximadamente.

As possíveis complicações do estoma estão correlacionadas a diversos fatores, tais como: idade, alimentação, técnica cirúrgica inadequada, esforço físico precoce, deficiência no autocuidado, infecções, aumento de peso, localização inadequada do estoma ou falta de dispositivos adequados. As complicações físicas do estoma são classificadas de acordo com o tempo, contando a partir da intervenção cirúrgica. Podem ser imediatas, precoces e tardias. Imediatas quando aparecem nas primeiras 24 horas de pós-operatório aparecem entre o 1º e 7º dia no pós-operatório, que corresponde ao pós-operatório imediato. Tardias, quando se manifestam após a alta hospitalar, ou seja, quando os familiares ou a pessoa ostomizada assume os cuidados com o estoma. Dentre os tipos de complicações, são mais comuns os seguintes eventos:

- **Abscesso:** pode surgir no estoma ou no orifício de exteriorização da alça intestinal. A infecção da mucosa é geralmente provocada por fungos ou germes anaeróbios, podendo ser decorrente, ou não, de isquemia parcial do estoma. Já a infecção que ocorre em torno do

estoma pode acometer todo o trajeto da parede abdominal, frequentemente decorre da contaminação no momento da passagem da alça pelo trajeto ou da contaminação no momento da manutenção;

- **Dermatite:** pode decorrer do contato com efluente ou produtos utilizados na pele periestoma. Esses agentes causam distúrbios nos mecanismos de defesa da pele, permitindo a penetração de substâncias nocivas e desenvolvendo processo inflamatório. A dermatite alérgica pode ocorrer pela aplicação de produtos contínuos e/ou produtos errôneos nos cuidados com estomas, que podem provocar uma reação. As causas mais comuns de dermatite por trauma mecânico incluem técnicas de limpeza ou retirada traumática do dispositivo, fricção ou pressão contínua de dispositivos mal-adaptados, ou troca frequente de bolsa coletora;
- **Edema:** ocorre pela mobilização da alça intestinal, por trauma local, e, principalmente, pela passagem através de um trajeto estreito da parte abdominal para exteriorização da alça. A sua evolução deve ser acompanhada, uma vez que pode provocar necrose, por diminuição da irrigação sanguínea;
- **Estenose:** surge geralmente no terceiro mês de pós-operatório, quando ocorre estreitamento da luz do estoma, sendo observada tanto em nível cutâneo como da fáscia. Na fase inicial observa-se fezes afiladas, ocorrendo dificuldade crescente para eliminar o conteúdo intestinal, podendo levar a quadro de suboclusão. A correção poderá necessitar de tratamento cirúrgico;
- **Foliculite:** causada pela remoção traumática dos pelos da região periestomal ou remoção inadequada da bolsa, provocando lesão/inflamação na epiderme ao redor do folículo piloso;
- **Varizes peristomiais:** ocorrem com a dilatação das veias cutâneas ao redor do estoma de cor roxo-azulado em pessoas ostomizadas, portadores de cirrose e hipertensão portal.
- **Hemorragia:** pode ocorrer nas primeiras horas após a confecção do estoma, podendo ser da borda do estoma, do intestino que está preso na parede do abdômen, ou de ambos, ou até da parede abdominal como músculos ou subcutâneo, geralmente em decorrência da hemostasia

inadequada durante a construção do estoma. Ressalta-se que um pequeno sangramento inicial pode ser normal, mas se for contínuo e abundante um atendimento hospitalar deve ser imediatamente procurado;

- **Hérnia periestomal:** está relacionada à confecção de um orifício abdominal grande ou, em caso de pessoas obesas e com mau estado geral ou, ainda, pelo aumento da pressão intra-abdominal e localização do estoma em incisão operatória anterior. A hérnia surge quando existe um espaço entre o segmento intestinal que forma o estoma e o tecido circundante, configurando um defeito fascial, sendo o resultado uma saliência total ou parcial na base do estoma. Quando associada à fragilidade muscular periestomal de menor intensidade, o que ocorre em muitos usuários com estomia, esses podem permanecer sem correção cirúrgica. O aparecimento de hérnia periestomal é tão comum que pode ser considerada como inevitável. Indica-se cirurgia corretiva apenas quando a hérnia está causando muitos transtornos às atividades de vida diária. Nesses casos, prioriza-se mudar a estomia de lugar e corrigir a fraqueza abdominal;
- **Necrose:** pode ocorrer por isquemia arterial (insuficiência na chegada de sangue), ou por isquemia venosa (drenagem venosa do segmento exteriorizado), sendo mais frequente em usuários obesos e com distensão abdominal;
- **Prolapso:** exteriorização inesperada total ou parcial do segmento da alça intestinal pelo estoma. Esta complicaçāo não é letal, mas causa problemas de pele e grande dificuldade no cuidado ao estoma, requerendo cuidados médicos;
- **Retração:** ocorre devido à má fixação ou insuficiente exteriorização da alça intestinal levando ao deslocamento do estoma para a cavidade abdominal.

3. ATENDIMENTO NO SERVIÇO AMBULATORIAL

O serviço que presta assistência especializada às pessoas com estoma, pode ser classificado em Atenção às Pessoas Ostomizadas. O objetivo é a

reabilitação do usuário, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

No Serviço de Atenção Ambulatorial aos Ostomizados, os cadastros são realizados para a DRS-X PIRACICABA (ARE LIMEIRA), com direito a receber bolsas coletoras e adjuvantes de proteção e segurança, às pessoas encaminhadas por hospitais ou por demanda espontânea do município de Piracicaba, que comprovarem atendimento cirúrgico com laudo médico padronizado, contendo o tipo de cirurgia realizada, bem como o CID do diagnóstico, além dos documentos (cópia simples acompanhada de original ou cópia autenticada para conferência dos dados) abaixo descritos:

- Cartão Nacional de Saúde (cartão do SUS); Documento de identificação com foto (Carteira de Identidade, Carteira de Trabalho ou habilitação); CPF; Comprovante de residência; Certidão de nascimento do usuário e documento com foto do responsável (quando se tratar de criança, adolescente ou curatelado) Comprovante de alta hospitalar;
- Cadastro do usuário no sistema mediante apresentação de documento que comprove sua identidade ou de seu representante;
- Agendamento da entrega de equipamentos coletores e/ou adjuvantes com o usuário/familiar, considerando suas necessidades, facilidade de acesso e disponibilidade imediata;
- Confirmação dos dados cadastrais no sistema;
- Esclarecimento sobre a quantidade do material disponibilizado, que deve obedecer ao estabelecido na legislação vigente, ressalvadas as situações que demandam alguma flexibilidade, com a devida comprovação no prontuário único;
- Acolhimento humanizado do paciente e familiar;
- Preenchimento e registros para ARE LIMEIRA.

3.1. ATENDIMENTOS TÉCNICOS

O atendimento no ambulatório tem o objetivo de:

- Prestar atenção qualificada que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família, e suas necessidades especificamente relacionadas à estomia e à pele periestomia, incluindo a indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, enfatizando a prevenção de complicações nos estomas;
- Encaminhamento ao hospital de referência se houver necessidade de intervenção cirúrgica corretiva;
- Realização de consulta médica nos casos de: intercorrências, preenchimento de laudos ou orientações especializadas;
- Avaliação de enfermagem para: indicação de equipamento coletor, acessórios e adjuvantes; orientações quanto ao cuidado, manuseio e uso dos dispositivos, sua conservação e melhor aproveitamento; instrução sobre a prevenção de complicações e cuidados com a pele; agendamento de avaliação periódica para acompanhamento, conforme necessidade identificada.

3.2. PLANO TERAPÊUTICO

Encaminhamento para consulta de enfermagem para avaliar o relato quanto às condições do estoma, realizar curativos, orientar quanto aos cuidados de higiene, decidir quanto à manutenção ou troca do tipo do equipamento, bem como prescrição de adjuvante de proteção e segurança. Orientação a pessoa com estoma para o convívio social e familiar.

O plano terapêutico envolve o diagnóstico (uma avaliação orgânica, psicológica e social da pessoa em relação ao adoecimento e tratamento); o compartilhamento de impressões entre a equipe; a definição coletiva a respeito da conduta mais apropriada a ser proposta ao usuário/família; o planejamento, a divisão de responsabilidades e a reavaliação periódica.

O plano terapêutico tem como objetivo:

- Capacitação e desenvolvimento de habilidades para atividades de vida diária, favorecendo o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e participação nos processos de inclusão escolar, social e/ou profissional;

- Orientação aos usuários, cuidadores, acompanhantes e familiares para atuarem como agentes colaboradores no processo do cuidado e inclusão social;
- Orientação à família e/ou cuidador para a adaptação do ambiente ou utensílios ao estomizado.

3.3. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Para o atendimento ao público, o funcionamento do ambulatório é de segunda a sexta-feira, das 7h às 16h. As avaliações de enfermagem são realizadas no período da manhã das 7h às 11hs.

3.4. PÚBLICO

Pacientes portadores de ostomias e incontinência pertencentes ao município de Piracicaba e Presídios.

3.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Enquadrar-se no público-alvo;
- Após alta médica, o familiar do paciente de Piracicaba é orientado a agendar consulta pessoalmente ou por telefone no Centro de Reabilitação, sala de Ostomia no período de funcionamento;
- Paciente deverá ser avaliado no setor de ostomia pela enfermeira responsável, na qual realizará a prescrição do material adequado para cada paciente.

3.6. CAPACIDADE OPERACIONAL

- Livre demanda, conforme disponibilidade da agenda.
- Até que o paciente seja avaliado pela equipe da Ostomia, o programa fornece coletor/urina ou bolsa universal.

3.7. ACOMPANHAMENTO

- Os pacientes serão acompanhados pela equipe do Ambulatório de Ostomia, e será realizado atendimento de enfermagem até a adaptação do paciente a critério do enfermeiro responsável;
- Em caso de complicações de estomas o paciente é orientado a agendar com médico responsável pela intervenção cirúrgica;
- As trocas de bolsas e acessórios ocorrerão de acordo com a necessidade do paciente e mediante prescrição do enfermeiro.

3.8. CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

- Cura: cirurgia de reversão da ostomia;
- Mudança de endereço para outra DRS;
- Paciente opta adquirir as bolsas de ostomia pelo Convênio Médico;
- Óbito.

4. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE

A equipe do Ambulatório de Ostomia é composta por: Enfermeiro e um estagiário.

4.1 ENFERMEIRO

- Atender, individualmente, o usuário e, quando necessário, acompanhado do cuidador. Proceder à entrevista, exame físico, prescrição dos dispositivos, registro do atendimento, em formulário próprio, e evolução de enfermagem no prontuário único, conforme Resolução COFEN –358/2009 (ou outras que sobrevierem);
- Realizar curativos, quando necessário, orientar e acompanhar a evolução do quadro, mediante os cuidados propostos;
- Encaminhar para avaliação médica, nutricional, psicológica e social, quando houver indicação;
- Aconselhar sobre a vida cotidiana com o estoma, orientando o usuário, familiares e/ou cuidadores a respeito de dieta, higiene, vestuário, repouso, hidratação oral, sexualidade, atividades de vida diária;

- Indicar o equipamento apropriado para cada usuário, determinando tipo e quantidade, conforme estabelecido no SIA/SUS, avaliando os casos que, excepcionalmente, apresentem uma demanda diferenciada;
- Orientar sobre uso, manuseio e cuidado com equipamentos, dispositivos e acessórios, prevenindo agravos, visando melhor aproveitamento e incentivando o autocuidado;
- Realizar, no primeiro atendimento, a troca da bolsa, orientando o usuário e/ou cuidador quanto aos procedimentos relativos à troca eficiente e intervalo entre as trocas do coletor;
- Reavaliar os usuários em períodos estabelecidos, conforme o plano terapêutico;
- Registrar o plano de reversão e encaminhamentos pertinentes;
- Participar de reuniões de equipe;
- Realizar anotação de enfermagem no prontuário.

4.2 ESTAGIÁRIO

- Inserir as informações dos pacientes nos bancos de dados e mantê-los atualizados;
- Realizar e manter organização do estoque;
- Elaborar o ofício para compra de insumos mensal com auxílio da enfermeira;
- Realizar conferência de entregas de insumos de acordo com a quantidade descrita no ofício;
- Organizar a entrega de material dos pacientes, de acordo com prescrição do enfermeiro;
- Elaborar ofícios e documentos pertinentes ao setor;
- Atender e orientar pacientes ostomizados e/ou familiares na entrega de materiais.

5. INSUMOS

Materiais gratuitos disponibilizados pela Secretaria Estado de São Paulo, DRS 10 Piracicaba / ARE – LIMEIRA, pois trata-se de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, que complementam o atendimento multidisciplinar, garantindo ao usuário funcionalidade, conforto e segurança em suas

atividades diárias, conforme portaria 400 de 2009 (ou outras que sobrevierem).

5.1 TIPOS DE EQUIPAMENTO DE DESCRIÇÃO DE BOLSAS

Existem vários modelos de bolsas e placas para ostomias. Diversas marcas possibilitam uma maior opção de escolha do equipamento "ideal" para o paciente ostomizado. Os equipamentos são compostos com material hipoalergênico, barreira protetora de pele.

Um sistema de bolsa coletora é formado por uma bolsa de estomia e uma base, que constitui a barreira cutânea. Existem vários sistemas de bolsas. Para a indicação adequada do equipamento, o enfermeiro deve considerar a localização, o tipo e o tamanho do estoma, além da condição da pele periestomal visando uma melhor adaptação ao usuário.

Os sistemas de bolsas de ostomias, em sua maioria, são produzidos por empresas multinacionais e possuem uma grande diversidade de modelos. As bolsas podem conter uma ou duas peças, serem drenáveis ou fechadas, descartáveis ou reutilizáveis. Algumas bolsas são pré-cortadas pelo fabricante, outras são cortadas sob medida, pelo usuário, conforme o tamanho do estoma. As barreiras cutâneas podem ser de diferentes materiais, as do tipo hóstia, por exemplo, ficam aderidas à bolsa de estomia, são chamadas de "bolsa de uma peça". Quando a bolsa pode ser desconectada da base, que se encontra aderida à pele para esvaziamento ou troca, são chamadas de "sistema de duas peças".

5.2 EQUIPAMENTOS COLETORES

- Bolsas para colostomia/ileostomia, recortáveis, drenáveis, de uma peça, adulto/infantil: são indicadas para usuários que possuem colostomia/ileostomia;
- Bolsas para colostomia/ileostomia recortáveis, drenáveis, de duas peças adulto/infantil: são indicadas para usuários que possuem colostomia/ileostomia.
- Bolsas para colostomia/ileostomia convexas, recortáveis ou pré-cortadas, drenáveis, de uma ou de duas peças adulto/infantil: são, preferencialmente, indicadas para usuários que possuem estoma retráido

- ou nivelado com pele;
- Bolsas para colostomia, recortáveis, fechadas ou descartáveis adulto: são indicadas para usuários que possuem colostomia
 - Bolsas para colostomia, recortáveis, protetoras de estoma, fechadas, descartáveis adulto: são indicadas para usuários que possuem colostomia e realizam técnica de irrigação, para usuários com fístula de baixo débito e para estoma não funcionante;
 - Bolsas para colostomia/ileostomia, pré-cortadas, drenáveis, de uma peça ou de duas peças, adulto: são ideais para usuários com problemas oftalmológicos, psiquiátricos e para presidiários (visando dispensar uso de material perfuro-cortante) ou, ainda, para usuários com estomas que tenham tamanho inferior a 3 (três) milímetros do seu diâmetro;
 - Sistema oclusor/obturador de colostomia: são indicadas para usuários que possuem colostomia definitiva e realizam técnica de irrigação;
 - Kit Irrigação: é indicado para usuários que possuem colostomia abdominal e perineal de categoria definitiva, dentre outros critérios avaliados na consulta de enfermagem prévia;
 - Bolsas para urostomia, recortáveis, drenáveis, de uma peça, adulto/infantil: são indicadas para usuários que possuem urostomia;
 - Bolsas para urostomia, recortáveis, drenáveis, de duas peças, adulto/infantil: indicadas para usuários que possuem urostomia;
 - Bolsas para urostomia, pré-cortadas, drenáveis, de uma peça ou de duas peças, adulto: são ideais para usuários com problemas oftalmológicos, psiquiátricos e para presidiários, ou, ainda, para usuários com estomas que tenham tamanho inferior a três milímetros do seu diâmetro.

5.3 ACESSÓRIOS

- Clamps: usados para o fechamento das bolsas coletoras intestinais drenáveis;
- Medidor de estomas: usado para marcar o tamanho dos orifícios das placas recortáveis;
- Coletor de urina: indicado para uso noturno, uma vez que armazena 2000 ml, proporcionando maior conforto para o usuário;

- Coletor de urina de perna: indicado para uso diurno, que armazena 500 ml, proporcionando maior conforto para o usuário.

5.4 ADJUVANTES DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA

- Pó: indicado para pele periestomal macerada. Mostra-se eficaz na absorção de umidade, exsudatos e efluentes, mantendo a pele seca, evitando futuras irritações e cicatrizando as lesões;
- Pasta: indicada para nivelar dobras e irregularidades da pele próxima ao estoma. Não deve ser usada em pele que apresentar feridas, uma vez que contém álcool e provoca dor;
- Barreira protetora em tira sem álcool: indicado para vedar ou nivelar dobras e irregularidades da pele próxima ao estoma para o ajuste de dispositivos de 1 ou 2 peças em estomas. Trata-se de uma barreira de resina sintética não estéril em formato de tira, que podem ser moldados, obtendo ajuste perfeito ao dispositivo de estomia;
- Fita: indicada para aumentar a área de fixação de bolsa de ostomia no sistema de uma ou duas peças de hidrocolóide;
- Placa Protetora de barreira cutânea: indicada para manutenção da pele seca, com perda do extrato córneo, dermatites Grau I, II, III e IV. Deve ser aplicada ao redor das ostomias em geral; apresenta propriedade absorvente e hidrofóbica;
- Cinto elástico ajustável reutilizável: indicado para melhor fixação para bolsa de estoma, sendo compatível com algumas bolsas de estoma intestinal e urinário.

6. FLUXOGRAMA 1 - ENCAMINHAMENTO INTERNO AO CENTRO DE REABILITAÇÃO

CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Avaliação criteriosa do estado geral do paciente, com levantamento das necessidades a serem atendidas e ênfase em sanar todas as dúvidas quanto ao funcionamento do ambulatório.

EXAME FÍSICO

- Exame físico direcionado à ostomia ou à situação de incontinência e possíveis complicações a serem identificadas;
- Indicação de dispositivo coletor ou de drenagem correto à condição do paciente;
- Encaminhamento aos profissionais do ambulatório que, mediante a consultas, forem necessários para resolutividade das problemáticas levantadas.

ENTREGA DOS INSUMOS

- Solicitação mensal do material necessário a cada paciente inscrito no Programa via Boletim de Produção Ambulatorial individualizado à DRS - 10 de Piracicaba por meio do ARE - Limeira;
- Entrega do material mensalmente, conforme critérios do Ministério da Saúde.

Externo Hospital

- Encaminhar o paciente ou familiar ao setor de Ostomia, no Central de Fisioterapia e Reabilitação, com formulário de solicitação específico preenchido pelo cirurgião e cópias de documentos para cadastro no Programa.

Interno Setor Ostomia

- Encaminhar para consulta de enfermagem com enfermeira responsável pelo Ambulatório de Ostomia e Incontinência.

Enfermagem

- Realizar cadastro no ARE - Limeira com a documentação obrigatória;
- Orientar quanto ao funcionamento do Ambulatório;
- Agendar primeira consulta de enfermagem para avaliação.

É sempre um desafio o cuidado ao paciente ostomizado, pela fragilidade, não aceitação da situação, familiares inseguros pela nova condição, portanto acolher, cuidar, relacionar-se, valorizar a autoestima, a inserção social, a reabilitação, o autocuidado e o apoio familiar levando em conta suas singularidades para manutenção e/ou recuperação da saúde e do seu bem-estar. Faz parte da humanização e do trabalho ambulatorial.

INCONTINÊNCIAS URINÁRIAS

1. INTRODUÇÃO

O Cateterismo Intermítente Limpo (CIL) é a introdução de um cateter na bexiga, através da uretra e/ ou conduto cateterizável, com o objetivo de drenar o volume retido após uma micção, ou substituir a micção espontânea, em indivíduos incapazes de fazê-la devido alguma condição clínica. É realizado de forma limpa, não estéril, podendo ser executado pela própria pessoa que tem a disfunção ou por um cuidador, no domicílio ou demais locais de seu cotidiano.

O esvaziamento vesical incompleto ou a retenção urinária crônica pode ocorrer por falha da contração da bexiga ou por obstrução infravesical. A falha de contração da bexiga normalmente ocorre por causas neurológicas como a Lesão Raquimedular (LRM) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE), já a causa obstrutiva mais comum é a Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). A urina que permanece na bexiga por falha de seu esvaziamento constitui um fator de risco importante para complicações que vão desde frequência urinária aumentada e perda de urina até perda da função renal. A complicação mais comum é a Infecção de Trato Urinário (ITU) recorrente que pode influenciar negativamente no acometimento da função renal.

A equipe de saúde deve estar preparada para identificar os casos de retenção urinária crônica ou esvaziamento vesical incompleto, com vistas a atuar no controle dos fatores de risco e estabelecer um esvaziamento efetivo, atuando na prevenção das complicações relacionadas. Sendo o CIL o padrão ouro na prevenção de complicações relacionadas ao esvaziamento vesical incompleto, o sistema de saúde deve proporcionar equipe preparada para capacitar o paciente para este procedimento, com estratégias para adesão em longo prazo, além de possuir um esquema de dispensação que garanta a disponibilidade do cateter ideal para cada caso, sem descontinuidade na entrega e direcionado às necessidades individuais.

Este protocolo visa trazer uma visão geral a respeito do esvaziamento vesical incompleto e suas formas de tratamento, bem como subsidiar a capacitação de pacientes para o CIL e direcionar um programa de dispensação de insumos necessários para sua realização.

2. OBJETIVO

Capacitar o paciente, familiar, cuidador ou responsáveis quanto aos cuidados relacionados ao cateterismo intermitente limpo e o uso do cateter vesical externo

(Conveen®).

3. ANATOMIA DO TRATO URINÁRIO INFERIOR E FISIOLOGIA MICCIONAL

O sistema urinário é responsável por produzir, armazenar e eliminar a urina do organismo.

É composto por:

- Rins: são os produtores de urina, o sangue passa por eles e é filtrado para que as substâncias que não serão utilizadas sejam eliminadas.
- Ureteres: são tubos que ligam os rins à bexiga, transportam a urina produzida para ser armazenada.
- Bexiga urinária: órgão muscular oco que tem a função de armazenar urina e eliminar no momento adequado.
- Uretra: tubo que liga a bexiga ao ambiente, por onde a urina é eliminada.

Depois da compreensão a respeito da produção e transporte da urina para armazenamento, é relevante dar uma atenção especial à bexiga urinária e à uretra, responsáveis por armazenar e eliminar a urina, e que compõem o Trato Urinário Inferior (TUI).

Além da bexiga urinária e da uretra, o TUI envolve outras estruturas importantes no ciclo da micção, o Assoalho Pélvico, que é um grupo de músculos e ligamentos que ocupam o centro dos ossos da bacia. Este têm a função de sustentar os órgãos pélvicos (bexiga, útero e reto) e controlar a abertura e fechamento de orifícios como o ânus e a uretra.

O ciclo urinário possui duas fases: armazenamento e eliminação da urina. Na fase de armazenamento, a bexiga deve estar relaxada e o assoalho pélvico contraído, para que não haja escape de urina. Na fase de eliminação da urina, o assoalho pélvico deve relaxar e a bexiga contrair, para que aconteça um esvaziamento completo, sem sobra de urina, o que poderia resultar em infecções urinárias. Ou seja, bexiga e assoalho pélvico trabalham de forma coordenada para armazenar e eliminar urina, quando um está ativo, o outro está em repouso e isso é necessário para que não aconteçam escapes de urina e nem resíduo de urina após a micção.

Para que a bexiga e o assoalho pélvico trabalhem da forma coordenada, o

encéfalo fica responsável por esse controle. Mais especificamente uma área da ponte chamada de Centro Pontino da Micção (CPM). Ele manda mensagens para a bexiga contrair quando precisa eliminar urina, ou para o assoalho pélvico contrair quando precisa armazenar urina. A comunicação entre eles (bexiga e assoalho pélvico) e o CPM acontece através da medula espinhal e nervos que ligam a bexiga e o assoalho pélvico à medula (hipogástrico, pélvico e pudendo).

O CPM é responsável também por comunicar o córtex pré-frontal quando o volume de urina armazenado já está em uma quantidade razoável para ser eliminada, levando à percepção consciente da vontade de urinar.

A respeito de desejo miccional, em condições saudáveis, ele acontece em dois momentos: primeiro desejo, quando a bexiga está em aproximadamente metade de sua capacidade (150 a 250 ml) e a pessoa pode ignorar e deixar de sentir e o segundo desejo, que acontece com a bexiga no máximo de sua capacidade de armazenamento saudável (300 a 500 ml), de modo que a pessoa não deixa de sentir a vontade até que elimine a urina, sendo esse desejo crescente.

4. ESVAZIAMENTO VESICAL INCOMPLETO: CONDIÇÕES DE RISCO

Existem várias condições de saúde que podem interferir negativamente no processo de armazenar e eliminar urina:

- Diabetes Mellitus: se não for controlada por um longo período, pode fazer com que a bexiga perca a sensibilidade para identificar o volume armazenado ou a capacidade de contrair para esvaziar, devido ao processo de destruição de células neurológicas periféricas.
- Cirurgias pélvicas: manipulações cirúrgicas próximas à bexiga, útero, reto e toda região pélvica, podem alterar o funcionamento dos nervos envolvidos no ciclo miccional.
- Lesões na medula espinhal: sejam elas traumáticas, infecciosas, neoplásicas ou congênitas, atrapalham a comunicação entre o encéfalo e a bexiga ou o assoalho pélvico.
- Condições neurológicas: derrames, traumatismos, doenças degenerativas, dentre outras, podem alterar a condição do encéfalo em coordenar o processo de armazenamento e eliminação da urina.

- Hiperplasia/neoplasia de próstata: pode impedir o esvaziamento da bexiga de forma mecânica, mesmo quando toda a parte de comunicação entre cérebro e bexiga está preservada. Tensão da musculatura do assoalho pélvico também pode resultar em quadro semelhante de obstrução infravesical.

Nessas condições de saúde apresentadas, que podem causar problemas para eliminar urina, a bexiga pode se comportar de duas formas distintas: ou ela enche demais e a pessoa não sente ou não consegue eliminar (bexiga hiposensível ou hipoativa); ou ela contrai para esvaziar muitas vezes (bexiga hiperativa), mas não consegue esvaziar porque o assoalho pélvico não relaxa (dissinergia vesico-esfínteriana).

4.1. CONSEQUÊNCIAS DO ESVAZIAMENTO VESICAL COMPLETO

O esvaziamento vesical incompleto resulta em complicações urinárias e renais. As principais são:

- Infecção do Trato Urinário (ITU) - em condições saudáveis, não é incomum que ocasionalmente existam bactérias na bexiga e, na medida em que se consegue beber água e esvaziar bem a bexiga em intervalos regulares, isso não é um problema. Mas, se a urina não for completamente eliminada, essas bactérias se multiplicam até causar os sintomas de infecção (urina turva com odor, perdas de urina ou vontade de urinar o tempo todo, ardência para urinar em quem tem sensibilidade, etc.). Se essas infecções acontecem com frequência, com necessidade de antibioticoterapia, pode-se chegar a quadros de resistência bacteriana e ITU por microrganismos resistentes, inclusive podendo evoluir para infecções renais (pielonefrite) ou cálculos vesicais.
- Insuficiência renal – tanto na bexiga hipoativa, quanto na dissinergia vesico-esfínteriana, seja pela hiperdistensão ou pelo aumento da pressão intravesical, a urina armazenada na bexiga pode refluxar para os ureteres (refluxo vesicoureteral), dilatar o cálice renal (hidronefrose) e interferir no seu funcionamento (insuficiência renal). Além das complicações mencionadas, o esvaziamento vesical incompleto pode resultar em frequência urinária aumentada, micções noturnas (noctúria),

incontinência urinária de urgência ou por transbordamento, com consequente impacto sobre a saúde emocional e social do indivíduo.

4.2 IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE ESVAZIAMENTO VESICAL INCOMPLETO

O sistema de saúde deve estar preparado para investigar, dentre os grupos de risco, pacientes que estejam apresentando esvaziamento vesical incompleto e implementar ações de prevenção e controle das complicações inerentes ao quadro. Pessoas com lesões da medula espinhal, esclerose múltipla, lesões neurológicas (traumatismos cranianos, acidentes vasculares encefálicos, doenças neurodegenerativas), Diabetes Mellitus de difícil controle, pessoas submetidas a cirurgias pélvicas e homens com Hiperplasia Prostática devem ser avaliados regularmente no que diz respeito ao padrão de esvaziamento vesical. Diante da suspeita de esvaziamento incompleto com base nos sintomas, testes para identificar Resíduo Pós-miccional (RPM) elevado devem ser instituídos e, em caso positivo, o CIL deve ser implementado.

Sinais de alerta para esvaziamento vesical incompleto:

- Infecção urinária recorrente (duas ou mais no semestre, três ou mais ao ano);
- Sintomas de esvaziamento (hesitação para iniciar o jato de urina, jato fraco ou intermitente, necessidade de esforço para urinar, sensação de esvaziamento incompleto);
- Frequência urinária baixa (três micções ou menos em 24 horas);
- Sintomas de incontinência de urgência sem resposta a modificações comportamentais (frequência urinária aumentada, noctúria, micções de pequenos volumes, incontinência urinária que não melhoram com treinamento da musculatura pélvica e intervenções sobre outros fatores de risco).

Teste de resíduo pós-miccional:

Todo paciente com suspeita de RPM elevado deve ser submetido a uma avaliação deste resíduo. A avaliação pode ser realizada por meio de ultrassom a beira leito ou scanner de bexiga após uma micção espontânea, nos serviços que o disponibilizem, ou por meio de uma cateterização intermitente, com

técnica asséptica. Para o teste de RPM por cateterismo, a micção deve acontecer após um desejo miccional considerável e a cateterização imediatamente na sequência. Caso o paciente não esteja com vontade de urinar, deve ser orientado a ingerir água (aproximadamente 400 ml) e aguardar sentir uma vontade de urinar que o faria ir ao banheiro em dias rotineiros. A repetição da medida pode se fazer necessária em horários e circunstâncias distintas em caso de dúvidas na associação do resultado com o quadro clínico. Não existe consenso sobre volumes aceitáveis. Mais importante do que o volume de RPM é a sua associação com os sintomas e impacto na qualidade de vida. Volumes superiores a 50 ml devem ser considerados elegíveis para CIL caso estejam levando o paciente a ITU recorrente e outros sintomas relacionados. Volumes maiores sem impacto na saúde física ou qualidade de vida podem ser acompanhados sem a indicação imediata de CIL, desde que a micção não seja dependente de esforço.

5 INCLUSÃO DO PACIENTE NO PROGRAMA DE CATETERISMO INTERMITENTE LIMPO

Todo paciente que apresentar RPM elevado com impacto clínico ou na qualidade de vida deve ser considerado elegível para CIL. O CIL é o padrão ouro na prevenção de complicações do esvaziamento vesical incompleto. Consiste na introdução de um cateter na bexiga, através da uretra ou conduto cateterizados, tendo as mãos limpas com água e sabonete, sem uso de luvas estéreis ou antissépticos. O procedimento deve, preferencialmente, ser realizado pelo paciente, mas em caso de impossibilidade, pode ser realizado por um cuidador envolvido no processo de capacitação. Os pacientes elegíveis para CIL devem ser avaliados além de suas condições clínicas. Para inclusão no programa é necessário que o paciente possua motivação, capacidade cognitiva de aprendizado e destreza manual para o procedimento, todas passíveis de serem alcançadas ao longo do processo de capacitação. Anteriormente ao treinamento da técnica do CIL, o paciente deve ser orientado a respeito do funcionamento normal do TUI, de sua condição de saúde e sua interferência no esvaziamento da bexiga. Deve ser informado também, de forma clara e ampla, a respeito das consequências do não esvaziamento, como ITU e insuficiência renal. Depois de toda orientação inicial, o paciente deve ser ouvido a respeito de seus medos, dúvidas e anseios diante da necessidade de iniciar o uso do CIL. Depois que seus medos forem amenizados e suas dúvidas sanadas, ele

pode ser capacitado para a técnica do CIL com apoio de manequins, imagens ou vídeos demonstrativos. O profissional pode realizar a técnica para o paciente nas primeiras vezes, a fim de vencer a resistência, caso exista.

5.2 ESCOLHA DO CATETER

Para capacitar o paciente ou seu cuidador para a realização do CIL, é necessário a definição de qual cateter será utilizado no processo.

Calibre: O calibre indicado para CIL em adultos varia entre n.08 e n.14, o número 08 costuma ter baixa aceitação por adultos, devido à demora na drenagem da urina. O calibre 10 é o mais adequado, aplicável a quase todos os casos, com menor risco de lesão de uretra, em relação ao calibre 12 e 14. O calibre 12/14 deve ser utilizado exclusivamente em pacientes com volumes de RPM próximos a capacidade total da bexiga, pois nestes casos, calibres menores podem resultar em longos períodos de esvaziamento. Para crianças, o calibre indicado varia entre 04 e 08, sendo que crianças mais novas devem ter a indicação dos menores calibres.

Categoria: Os cateteres podem ser convencionais ou hidrofílicos prontos para uso. Os cateteres convencionais são confeccionados em cloreto de polivinila (PVC) e necessitam de lubrificação manual externa para serem introduzidos na uretra. Os cateteres hidrofílicos são revestidos por polímeros que tornam a superfície deslizante, não necessitando de lubrificação manual e garantindo uma introdução atraumática, sendo indicados para:

- Pacientes que sintam dor ou desconforto com a introdução do cateter, mesmo com lubrificação manual abundante e calibre do cateter adequado;
- Pacientes que apresentem sangramento, ainda que discreto, na maior parte das vezes que realiza a técnica do CIL, mesmo com lubrificação manual abundante e calibre do cateter adequado;
- Pacientes que apresentem resistência na progressão do cateter, mesmo com lubrificação manual abundante e calibre adequado;
- Pacientes que necessitem de mais de um cuidador para a realização do CIL (devido à possibilidade de realização de técnica sem toque);
- Pacientes com ITU recorrente mesmo depois de revisão das medidas

iniciais de controle (ingestão hídrica, frequência do procedimento e técnica).

5.3 TÉCNICA PARA CATETERISMO INTERMITENTE LIMPO

Com a definição do cateter a ser utilizado, o paciente pode ser treinado para realização do procedimento, lembrando que essa fase vai além da capacidade de introduzir o cateter até a bexiga. Ela envolve a avaliação da rotina do paciente e as adaptações necessárias para que o procedimento seja realizado nos seus mais diversos contextos e rotinas. O CIL deve ser um estímulo à vida social e não um empecilho. A descrição da técnica se encontra como apêndice ao final deste material, categorizada em sexo e categoria de cateter. Assim, o profissional deve se direcionar ao que se adequa à capacitação que está realizando, homem ou mulher, cateter convencional ou hidrofílico. O paciente deve receber informações escritas de forma detalhada, de preferência ilustradas e receber quantas consultas forem necessárias para que alcance sua autonomia no procedimento.

5.4 FREQUÊNCIA DO CATETERISMO INTERMITENTE LIMPO

O paciente que foi capacitado para realização da técnica do CIL deve ser orientado a respeito de quantas vezes deverá realizar o procedimento e em qual intervalo. A frequência do CIL é mais importante até mesmo do que a assepsia da técnica, pois o cateterismo em longos intervalos ou a ausência dele pode causar hiperdistensão, altas pressões, refluxo vesicoureteral, disfunções de trato urinário superior, ITU e pielonefrite. O controle rigoroso de frequência ao longo do programa de CIL visa evitar volumes vesicais superiores a 400 ml. Recomenda-se iniciar o programa com uma frequência de quatro a seis vezes ao dia (intervalos entre quatro e seis horas) e aplicar um diário vesical (explicação no próximo tópico) para ajuste. Normalmente pacientes que não tem micção espontânea iniciam com seis cateterizações ao dia e pacientes que tem micção espontânea com quatro, pois esses não têm risco de distensão vesical. A definição de frequência deve ser feita após ajuste na ingestão hídrica diária recomendada (30ml/kg/dia) distribuída ao longo do dia e até duas horas antes de dormir. Perdas urinárias em pouco tempo depois do procedimento e sem fatores associados (ITU, constipação, ingestão excessiva de irritantes, etc.) podem indicar hiperatividade do detrusor e necessitar

de medicamentos anticolinérgicos para controle.

DIÁRIO VESICAL

O diário vesical é um método simples, acessível e de baixo custo para registro de frequência urinária, volume miccional, características da urina, jato miccional, ingestão de líquidos (água e potenciais irritantes vesicais), episódios de urgência, incontinência e uso dos protetores. Consiste em uma tabela, preenchida pelo paciente ou seu cuidador, por um período de 24 horas a 07 dias. O usual é o preenchimento por três dias consecutivos ou alternados, de preferência incluindo um dia de final de semana, devido a mudanças na rotina.

Para considerar a frequência do CIL adequada o diário deve apresentar os seguintes critérios:

- Ausência de volumes superiores a 400 ml;
- Ausência de perda urinária entre os cateterismos;
- Intervalos iguais ou inferiores a 08h em todas as cateterizações;
- Ingestão do volume de água recomendado para as 24h (30 ml/ kg/ dia);
- Urina sem sinais de ITU.

Tabela 1 – Diário vesical

Horário	Volume urinado espontaneamente	Volume drenado no CIL	Força para urinar ou jato fraco? (SIM ou NÃO)	Urgência miccional? (SIM ou NÃO)	Características da urina (escura, turva, com odor, com depósito)	Se teve perda urinária, descrever o que estava fazendo quando perdeu	Volume ingerido	Tipo de bebida

6 PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Apesar de o Cateterismo Intermítente Limpo ser a forma mais simples e segura de evitar as complicações da retenção urinária ou do esvaziamento vesical incompleto, ele não é isento do risco de eventos adversos. As complicações do CIL podem ser classificadas em infecciosas ou traumáticas. As infecciosas são relacionadas a proliferação bacteriana no TUI. Destes, a ITU é a complicação mais prevalente entre usuários de CIL, podendo se tornar recorrente e resistente a antimicrobianos ou ascender para o Trato Urinário Superior, levando a quadro como pielonefrite. As complicações traumáticas estão associadas à agressão do cateter na passagem através da uretra e podem se manifestar desde um pequeno sangramento observado na ponta do cateter até a formação de falsos trajetos.

6.2 PREVENÇÃO DE ITU

Para prevenir as ITU e suas consequências, os principais cuidados são:

Frequência do CIL:

- Definir a frequência com base no quadro clínico e diário vesical, conforme descrito anteriormente;
- Evitar intervalos maiores que oito horas, mesmo durante a noite;

Cuidados com a técnica:

- Lembrar do álcool 70% para higienização das mãos antes de tocar o cateter, quando não houver possibilidade de higienizá-las com água e sabonete;
- Manter uma boa higiene genital diária;
- Retirar o cateter da embalagem apenas na hora de inserir, manipular o cateter o mínimo possível.

6.3 INGESTÃO DE ÁGUA

- 6.3.1** Multiplicar o peso corporal do paciente por 30, esse resultado dará a quantidade de líquido que ele deverá ingerir ao longo do dia;
- 6.3.2** Distribuir a quantidade calculada entre os cateterismos do dia;
- 6.3.3** Suspender a ingestão de líquidos duas horas antes de dormir. Atenção: Se o paciente não urinar nada sem o cateter, não deve tomar líquido além da capacidade da bexiga entre um cateterismo e outro. A capacidade vesical pode ser identificada no Estudo Urodinâmico ou pelo maior volume urinado pelo paciente, registrado no diário vesical. Se o paciente tem restrição de tomar líquidos por problemas renais ou cardiológicos, seguir a ingestão indicada em suas consultas de seguimento.

6.4 PREVENÇÃO DE TRAUMA URETAL

Para prevenir lesões na uretra é importante observar os seguintes cuidados:

- Lubrificar bem o cateter convencional antes de introduzir na uretra (segundo técnica descrita) ou optar por cateteres prontos para o uso;
- Utilizar o menor calibre de cateter possível para drenar a urina numa velocidade aceitável (informações de numeração no tópico “escolha do cateter”);
- Nunca forçar a passagem do cateter se encontrar resistência na hora da introdução. Quando houver dificuldade em introduzir o cateter ou percepção de sangue no cateter ou na urina, o usuário deve aumentar a quantidade de lubrificante e passar o cateter com mais cuidado. Se o problema continuar, deve ser reavaliado para revisão de técnica e

material. É importante que o paciente seja orientado a anotar caso a urina se apresente escura, com odor forte, turva ou com depósito. Caso isso aconteça, ele deve ser orientado a não parar com o cateterismo, e sim aumentar a quantidade de água que está bebendo e observar. Se persistir, deve procurar o serviço de saúde. Além das características da urina, ocorrências como dor, sangramento, dificuldade na progressão do cateter, devem ser registradas. Considerando que o Diário Vesical é um instrumento a ser aplicado no início do tratamento ou em alterações do quadro clínico, outra ferramenta pode ser usada para apoiar esses registros ocasionais: o Diário de Bordo. Nele o paciente anota data, horário e intercorrência, para levar ao profissional de saúde durante as consultas.

Data	Horário	Ocorrência

7 CRITÉRIOS PARA ALTA DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO

O usuário de CIL não recebe alta permanente do serviço de saúde. Depois de estar adaptado ao procedimento, ele deve ser inserido em um programa de seguimento em que tenha consultas anuais e acesso ao serviço em casos de intercorrências. No entanto, para sair da fase de consultas frequentes, ele precisa atender aos seguintes critérios:

- Apresentar destreza manual e capacidade cognitiva para a realização do procedimento de forma independente, ou ter cuidador comprometido com o seguimento;
- Estar seguro na realização da técnica em todos os contextos dos quais participa (escritório, aeronave, escola, carro, etc.);
- Estar motivado a continuar o procedimento, compreendendo os riscos de sua descontinuidade;
- Ter sido ouvido quanto a seus medos e dúvidas e tê-los sanado ao longo da

capacitação;

- Não ter volumes drenados no CIL maiores do que 400 ml;
- Não ter intervalos maiores que 08h entre os procedimentos;
- Não ter perdas urinárias entre os cateterismos;
- Ingerir o volume de água recomendado ao longo do dia ou estar em acompanhamento com a urologia para manejo da bexiga hiperativa;
- Estar ciente dos sinais de complicações, como evitá-las e o que fazer caso aconteçam.

8 DISPENSAÇÃO DO MATERIAL

Todo paciente com indicação de CIL deve receber o material necessário para o seu procedimento em quantidade suficiente para manter a frequência indicada pelo profissional de saúde, sem necessidade de reutilização dos cateteres, que são de uso único. É importante que o serviço onde o paciente for identificado com a necessidade de CIL tenha uma quantidade de material para fornecer para uso por uma a duas semanas, para que durante esse período sejam avaliadas questões de quantidade e tipo de cateter e a partir dessa avaliação, feita a solicitação ao centro de dispensação, com as informações necessárias para fornecimento recorrente, que pode ter a periodicidade escolhida pelo centro, desde que não haja descontinuidade na entrega.

A solicitação para o centro de dispensação deve conter as seguintes informações:

- Nome completo do paciente;
- Motivo da indicação do CIL;
- Tipo e calibre do cateter; caso necessite de cateter especial, deve haver justificativa da indicação;
- Quantidade de cateteres necessários mensalmente;
- Lidocaína gel (04 frascos por mês para mulheres e 06 frascos por mês para homens);
- Caso seja gel em sachê unitário, a quantidade é a mesma que o número de cateteres.
- Materiais específicos podem ser necessários em alguns casos. Por exemplo,

quando é o cuidador quem vai realizar o procedimento, o ideal é a realização de técnica sem toque. Neste caso, se o cateter não for pronto para uso que permita essa técnica, é indicado o uso de luvas plásticas estéreis, na mesma quantidade que os cateteres. Sendo assim, o cuidador deve ser ensinado a calçar as luvas sem contaminá-las e imediatamente antes de retirar o cateter da embalagem. Em casos pontuais, pode ser necessário que o homem introduza uma pequena quantidade de gel (02 ml) na uretra com o auxílio de uma seringa de 20ml (quando tiver dificuldade na lubrificação convencional). Nestes casos, o pedido pode contemplar essas seringas, podendo ser utilizada uma unidade a cada dia com o volume a ser distribuído entre as cateterizações (30 unidades/mês).

9 APÊNDICE: Passo a passo para o CIL

Feminino com cateter convencional:

Realização na cadeira, cama ou vaso sanitário. Oriente a paciente a:

- Lavar as mãos com sabonete e água corrente;
- Caso não tenha acesso à pia, utilizar álcool 70% nas mãos;
- Ir até o local onde o cateterismo será realizado;
- Preparar o material próximo ao local de realização;
- Revisar o material: cateter do modelo e calibre escolhido, álcool 70% (para higiene das mãos), frasco ou sachê de lidocaína gel ou gel de uso íntimo a base de água, lenço umedecido (pode ser pacote de gaze para umedecer com água), espelho (para localizar a uretra) e recipiente para onde a urina será drenada como garrafinha plástica, pote, saquinho graduado ou bolsa coletora de urina (se for realizar no vaso sanitário, não é necessário);
- Abrir o pacote do cateter, sem retirar ele de dentro da embalagem;
- Abrir a tampinha do gel lubrificante ou rasgar o sachê;
- Abrir o frasco de álcool ou abrir o pacote de gaze e umedecê-la;
- Puxar a ponta do lenço umedecido;
- Preparar o recipiente coletor ao alcance das mãos;
- Expor a região genital e posicionar o espelho apoiado de frente para a região, para visualizar e higienizar o meato uretral;

- É necessário baixar as roupas e abrir as pernas em amplitude suficiente para visualizar o meato uretral no espelho. Caso a paciente consiga localizar a uretra sem o espelho não é necessária grande amplitude de abertura das pernas;
- Caso a paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por retirar a blusa ou elevar e prender de forma a expôr o orifício a ser cateterizado;
- Após posicionamento, visualizar bem o meato uretral no espelho. Pegar o lenço umedecido ou a gaze úmida com uma das mãos, afastar os pequenos lábios com a outra, visualizar bem o meato uretral (entrada da uretra) no espelho, passar a gaze ou lenço do meato para fora em movimentos circulares;
- Caso a paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por visualizar bem o orifício diretamente ou no espelho, com uma das mãos afastar dobras de pele e com a outra passar a gaze ou o lenço em movimentos circulares do orifício para fora. Se o lenço e a gaze saírem limpos, finalizar esse passo. Se não, repetir o procedimento. Jogar o lenço ou a gaze fora, ou deixar de lado até o fim do procedimento e soltar os pequenos lábios (ou o abdômen em caso de conduto cateterizável);
- Pegar o frasco de álcool 70% e higienizar as mãos, esfregar bem em todas as áreas (evitar anéis e pulseiras);
- Segurar a embalagem do cateter com uma mão e pegar o cateter de dentro da embalagem com a outra. Procurar segurar o cateter a uma distância maior de 05 cm da ponta;
- Segurar o cateter com os dedos em pinça, com a mão dominante. Tomar cuidado para não deixar o cateter solto esbarrando nos braços, nas pernas. Enrolar ele de forma segura na mão;
- Com a outra mão, pegar o frasco ou sachê de gel e aplicar sobre o cateter, em aproximadamente 05 cm a partir de sua pontaAfastar novamente os pequenos lábios (ou as dobras de pele no abdômen – em caso de conduto cateterizável), da mesma maneira que fez para realizar a higiene. Manter assim e com a outra mão segurar o cateter e começar a introduzir na uretra (ou no conduto), mantendo a visualização do procedimento no espelho;

- Introduzir o cateter de forma delicada até que a urina comece a sair e esperar. Quando a urina parar, inserir o cateter um pouco mais, cerca de dois centímetros, verificar se sai mais alguma quantidade de urina. Se sim, esperar parar. Se não, retirar o cateter devagar. Jogar o cateter e demais materiais no lixo comum. Não esquecer de observar que a urina deve estar clara, transparente, sem cheiro ruim ou depósitos no fundo do recipiente.

Feminino com cateter hidrofílico pronto para uso:

Realização na cadeira, cama ou vaso sanitário. Oriente a paciente a:

- Lavar as mãos com sabonete e água corrente;
- Caso não tenha acesso à pia, utilizar álcool 70% nas mãos;
- Ir até o local onde o cateterismo será realizado;
- Preparar o material próximo ao local de realização;
- Revisar o material: cateter do modelo e calibre escolhido, álcool 70% (para higiene das mãos), lenço umedecido (pode ser um pacote de gaze para umedecer com água), espelho (para localizar a uretra), recipiente para onde a urina será drenada como garrafinha plástica, pote, saquinho graduado ou bolsa coletora de urina (se for realizar no vaso sanitário, não é necessário);
- Abrir o frasco de álcool 70%;
- Puxar a ponta do lenço umedecido;
- Preparar o recipiente coletor ao alcance das mãos;
- Retirar a proteção da etiqueta da embalagem do cateter e colar o adesivo em uma superfície lisa. Abrir a embalagem do cateter com uma mão até a área do conector colorido;
- Expôr a região genital. Posicionar o espelho apoiado de frente para a região para visualizar e higienizar o meato uretral. É necessário baixar as roupas e abrir as pernas em amplitude suficiente para visualizar o meato uretral no espelho. Caso a paciente consiga localizar a uretra sem o espelho não é necessária grande amplitude de abertura das pernas;
- Caso a paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por retirar a blusa ou elevar e prender forma a expôr o orifício a ser cateterizado;
- Após posicionamento e visualização do meato uretral, pegar o lenço

umedecido ou a gaze úmida com uma das mãos, afastar os pequenos lábios com a outra, visualizar bem o meato uretral (entrada da uretra) no espelho, passar a gaze ou lenço do meato para fora em movimentos circulares;

- Caso a paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por visualizar bem o orifício diretamente ou no espelho, com uma das mãos afastar dobras de pele e com a outra passar a gaze ou o lenço em movimentos circulares do orifício para fora. Se o lenço e gaze saírem limpos, finalizar esse passo. Se não, repetir o procedimento;
- Jogar o lenço ou gaze fora, ou deixar de lado até o fim do procedimento e soltar os pequenos lábios (ou o abdômen – em caso de conduto cateterizável);
- Pegar o frasco de álcool 70% e higienizar as mãos, esfregar bem em todas as áreas (evitar anéis e pulseiras);
- Pegar o cateter na área de 5 cm próxima ao conector que não possui lubrificação;
- Segurar o cateter com os dedos em pinça, com a mão dominante;
- Afastar novamente os pequenos lábios (ou dobras de pele – em caso de conduto cateterizável), da mesma maneira que para realizar a higiene. Manter assim e com a outra mão segurar o cateter e começar a introduzir na uretra (ou orifício cateterizável). Introduzir o cateter de forma delicada até que a urina comece a sair e esperar. Quando a urina parar, inserir o cateter um pouco mais (cerca de dois centímetros), verificar se sai mais alguma quantidade de urina. Se sim, esperar parar. Se não, retirar o cateter devagar. Jogar o cateter e demais materiais no lixo comum. Não esquecer de observar que a urina, deve estar clara, transparente, sem cheiro ruim ou depósitos no fundo do recipiente.

Masculino com cateter convencional:

Realização na cadeira, cama ou vaso sanitário. Oriente o paciente a:

- Lavar as mãos com sabonete e água corrente;
- Caso não tenha acesso à pia, utilizar álcool 70% nas mãos;
- Ir até o local onde o cateterismo será realizado;
- Preparar o material próximo ao local de realização;
- Revisar o material: cateter do calibre escolhido, álcool 70% (para higiene

das mãos), frasco ou sachê de lidocaína gel ou gel de uso íntimo a base de água, lenço umedecido (pode ser um pacote de gaze umedecido com água), recipiente para onde a urina será drenada como garrafinha plástica, pote, saquinho graduado ou bolsa coletora de urina (se for realizar no vaso sanitário, não é necessário);

- Abrir o pacote do cateter, sem retirar ele de dentro da embalagem;
- Abrir a tampinha do gel lubrificante, ou rasgar o sachê;
- Abrir o frasco de álcool 70%;
- Puxar a ponta do lenço umedecido;
- Preparar o recipiente coletor ao alcance das mãos;
- Expor a região genital para visualizar e higienizar o meato uretral (é necessário baixar as roupas de forma que consiga expor o pênis e visualizar a glande);
- Caso o paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por retirar a blusa ou elevar e prender forma a expor o orifício a ser cateterizado;
- Após posicionamento e visualização do meato uretral, pegar o lenço umedecido ou a gaze úmida com uma das mãos, puxar o prepúcio (pele que cobre a glande) completamente com a outra, visualizar bem o meato uretral (entrada da uretra), passar a gaze ou o lenço do meato para fora em movimentos circulares;
- Caso o paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por visualizar bem o orifício diretamente ou no espelho, com uma das mãos afastar dobras de pele e com a outra passar a gaze ou o lenço em movimentos circulares do orifício para fora. Se o lenço e gaze saírem limpos, finalizar esse passo. Se não, repetir o procedimento;
- Depois de higienizar a glande, colocar o lenço umedecido ou gaze sobre a bolsa escrotal (para a glande não encostar diretamente nela) e soltar o pênis para liberar as mãos;
- Pegar o frasco de álcool 70% e higienizar as mãos, esfregar bem em todas as áreas. Evitar uso de alianças, relógios ou outros adornos;
- Lubrificar o cateter. Para isso, existem duas formas: retirar o cateter da embalagem com uma das mãos e aplicar o lubrificante sobre 10 a 15 cm do cateter ou puxar a ponta do cateter para fora da embalagem, aplicar o

lubrificante dentro da embalagem, espalhar sobre o cateter e retirar ele já lubrificado;

- Segurar o cateter com os dedos em pinça, com a mão dominante. Tomar cuidado para não deixar o cateter solto esbarrando nos braços, nas pernas;
- Enrolar ele de forma segura na mão;
- Segurar o pênis de forma firme, pelas laterais, com uma das mãos, puxando-o delicadamente em direção ao abdômen (ou afastar as dobras de pele – em caso de conduto cateterizável); com a outra mão segurar o cateter e começar a introduzir na uretra (ou conduto cateterizável);
- Introduzir o cateter de forma delicada até que a urina comece a sair e esperar. Quando a urina parar, inserir o cateter um pouco mais (cerca de dois centímetros), verificar se sai mais alguma quantidade de urina. Se sim, esperar parar. Se não, retirar o cateter devagar. Jogar o cateter e demais materiais no lixo comum. Não esquecer de observar a urina. Ela deve estar clara, transparente, sem cheiro ruim ou depósitos no fundo do recipiente.

Masculino com Cateter Hidrofílico:

Realização na cadeira, cama ou vaso sanitário. Oriente o paciente a:

- Lavar as mãos com sabonete e água corrente;
- Caso não tenha acesso à pia, utilizar álcool 70% nas mãos;
- Ir até o local onde o cateterismo será realizado;
- Preparar o material próximo ao local de realização;
- Revisar o material: cateter hidrofílico do modelo e calibre escolhido, álcool 70% (para higiene das mãos), lenço umedecido (pode ser um pacote de gaze para umedecer com água), recipiente para onde a urina será drenada como garrafinha plástica, pote, saquinho graduado ou bolsa coletora de urina (se for realizar no vaso sanitário, não é necessário);
- Abrir o frasco de álcool 70%;
- Puxar a ponta do lenço umedecido;
- Preparar o recipiente coletor ao alcance das mãos;
- Retirar a proteção do adesivo da embalagem do cateter e fixar em uma superfície lisa. Abrir a embalagem até a visualização completa do guia de

inserção;

- Expôr a região genital para visualizar e higienizar o meato uretral (é necessário baixar as roupas de forma que consiga expor o pênis e visualizar a glande);
- Caso o paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por retirar a blusa ou elevar e prender forma a expor o orifício a ser cateterizado;
- Após posicionamento e visualização do meato uretral, pegar o lenço umedecido ou a gaze úmida com uma das mãos, puxar o prepúcio (pele que cobre a glande) completamente com a outra, visualizar bem o meato uretral (entrada da uretra), passar a gaze ou o lenço do meato para fora em movimentos circulares;
- Caso a paciente tenha um conduto abdominal cateterizável (Mitrofanoff, Monti), deve substituir esse passo por visualizar bem o orifício diretamente ou no espelho, com uma das mãos afastar dobras de pele e com a outra passar a gaze ou o lenço em movimentos circulares do orifício para fora. Se o lenço e a gaze saírem limpos, finalizar esse passo. Se não, repetir o procedimento;
- Depois de higienizar a glande, colocar o lenço umedecido ou gaze sobre a bolsa escrotal (para a glande não encostar diretamente nela) e soltar o pênis para liberar as mãos;
- Pegar o frasco de álcool 70% e higienizar as mãos, esfregar bem em todas as áreas. Evitar uso de aliança, relógio ou outros adornos;
- Pegar o guia de inserção do cateter com os dedos em pinça com uma mão e com a outra o conector colorido, de forma a liberar o guia que deslizará ao longo do cateter;
- Segurar o guia cateter com os dedos em pinça, com a mão dominante. Tomar cuidado para não deixar o cateter solto esbarrando nos braços, nas pernas;
- Segurar o pênis de forma firme pelas laterais, com uma das mãos, puxando-o delicadamente em direção ao abdômen (ou afastar as dobras de pele – em caso de conduto abdominal cateterizável). Com a outra mão segurar o cateter e começar a introduzir na uretra;
- Introduzir o cateter de forma delicada até que a urina comece a sair e esperar. Quando a urina parar, inserir o cateter um pouco mais, cerca de dois centímetros, verificar se sai mais alguma quantidade de urina. Se sim, esperar

parar. Se não, retirar o cateter devagar. Jogar o cateter e demais materiais no lixo comum. Não esquecer de observar a urina. Ela deve estar clara, transparente, sem cheiro ruim ou depósitos no fundo do recipiente.

ANEXOS

ANEXO 1 - CONTROLE PROGRAMA DE OSTOMIA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA



DADOS CONTROLE PROGRAMA DE OSTOMIA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Município: Piracicaba Data: Mês de referência:



Responsável preenchimento: _____

Dados	Pacientes de ostomia	Pacientes incontinentes
Total de pacientes cadastrados		
Total de pacientes por sexo		
Feminino		
Masculino		
Total de pacientes por faixa etária		
< de 1 ano		
1 a 14 anos		
15 a 19 anos		
20 a 49 anos		
50 a 59 anos		
60 anos e mais		
Total de pacientes segundo classificação ostomia		Não se aplica
Ileostomia		Não se aplica
Colostomia esquerda		Não se aplica
Colostomia direita		Não se aplica
Colostomia transversa		Não se aplica
Ostomia		Não se aplica
Total de pacientes segundo permanência ostomia		Não se aplica
Temporária		Não se aplica
Definitiva		Não se aplica
Total de pacientes segundo técnica cirúrgica da ostomia		Não se aplica
Terminal		Não se aplica
Em alça		Não se aplica
Duas bocas		Não se aplica
Outros		Não se aplica
Total de pacientes segundo causas da ostomia		Não se aplica
Tumor		Não se aplica
Doença inflamatória		Não se aplica
Trauma por arma de fogo		Não se aplica
Trauma por arma branca		Não se aplica
Trauma por acidente		Não se aplica
Outros		Não se aplica
Total de pacientes segundo situação do paciente no programa		
Casos novos		
Alta por reversão		Não se aplica
Alta por óbito		
Alta por transferência		
Em acompanhamento (total de casos novos + casos antigos – total de altas)		

Coordenadoria de Regiões de Saúde
Departamento Regional de Saúde X "Dr. ~~Wanderson~~" – Piracicaba
Ambulatório Regional de Especialidades – Limeira

E-mail: drs10-areostomia@sauda.sp.gov.br
Rua Maranhão, 279 – Vila Rosália | CEP 13480-615 | Limeira – SP | Fone: (19) 3451-0733 / 3442-1941

ANEXO 2 - FICHA DE CADASTRO – ESTOMIZADO

Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Estado de São Paulo

Programa de Atendimento aos Pacientes
Estomizados e Incontinentes

FICHA PARA CADASTRO**ESTOMIZADO**

Solicitamos os seguintes dados do(a) Sr.(a)

Diagnóstico: _____

CID 10: _____

Tipo de cirurgia realizada: _____

Data da cirurgia:

Cirurgião responsável:

Histórico do paciente:

TIPO DE ESTOMA:

Temporário
 Definitivo

- Colostomia E
 Colostomia D
 Transversostomia
 Ileostomia
 Urostomia

Avenida Piracicamirim nº 3139
Piracicamirim – CEP: 13.417-780
2º andar no prédio Central de Fisioterapia
Telefone: (19) 3422-4751
Horário de funcionamento: 07h-12h-13h-16h

ANEXO 3 – MODELO DE RECEITUÁRIO PARA ACESSÓRIOS E SONDAS



Prefeitura do Município de Piracicaba
 Secretaria Municipal de Saúde
 Estado de São Paulo

Programa de Atendimento aos Pacientes
 Estomizados e Incontinentes

|

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO INCONTINENTE **Receituário para acessórios e sondas**

Nome:

DN:

CNS:

CID:

Prontuário:

Sexo:

Cor:

Sonda Uretral nº

() 04____ unidades / () 06____ unidades / () 08____ unidades / () 10____ unidades / ()
 12____ unidades / () 14____ unidades / () 16____ unidades

Sonda Foley nº

() 14____ unidades / () 16____ unidades / () 18____ unidades / ____ vias/
 () 20____ unidades / () 22____ unidades

UROOPEN – Tamanho () P () M () G - Quantidade_____

CONSEAL – Tamanho 0x35-35 – Quantidade_____

CONSEAL – Tamanho 20x35-45 – Quantidade_____

CONSEAL – Tamanho 35x45-35 – Quantidade_____

MINICAP – Tamanho _____ – Quantidade _____

KIT DE IRRIGAÇÃO_____

MANGA COLETORA IRRIGAÇÃO_____

DATA:

Avenida Piracicamirim nº 3139
 Piracicamirim – CEP: 13.417-780
 2º andar no prédio Central de Fisioterapia
 Telefone: (19) 3422-4751
 Horário de funcionamento: 07h-12h-13h-16h

ANEXO 4 – FICHA DE ANAMNESE



Prefeitura do Município de Piracicaba
Secretaria Municipal de Saúde
Estado de São Paulo

Programa de Atendimento aos Pacientes Estomizados e Incontinentes

Data:	Prontuário:	CID 10:	
I- Identificação:			
Nome:			
Estado Civil:			
Endereço:	Nº		
Bairro:	Cidade: Piracicaba	CEP:	
Telefone fixo:	<u>Cel:</u>	Contato:	
Data de Nascimento:	Naturalidade: Piracicaba	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Documentos: RG:	CNS:		
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> sem estudo <input type="checkbox"/> menos de 8 anos de estudo <input type="checkbox"/> mais de 8 anos de estudo		
Profissão:			
Nome do responsável:	Telefone:	<u>Cel:</u>	
Encaminhado por:			
II- Apoio no autocuidado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vínculo: <input type="checkbox"/> profissional <input checked="" type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> outros			
III- Perfil Socioeconômico:			
Renda Familiar Mensal:	<input type="checkbox"/> Até um SM	<input type="checkbox"/> de um a dois SM	<input type="checkbox"/> Mais que dois SM
IV- Situação Habitacional:			
Tipo:			
Água:	Luz:	Esgoto:	Coleta de lixo:
Outros:			
IV- Situação Sócio Familiar:			
Interferência da condição de ostomizado na:			
Relação familiar:			
Relação social:			
V- Reflexo na situação Profissional e Econômica:			
Exerce alguma atividade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Qual?			
Retornou as atividades anteriormente exercidas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Houve limitações no desempenho de suas funções no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Houve limitações econômicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outros dados:			

ANEXO 5 - SOLICITAÇÃO DE MATERIAL



Secretaria de Saúde

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO INCONTINENTE URINÁRIO E OUTRAS SITUAÇÕES RELACIONADAS.

Solicitamos a gentileza de nos fornecer os dados abaixo discriminados do Sr. (a):

Diagnóstico: (obrigatório): _____

CID 10: (obrigatório): _____

Material solicitado e usado:

- Sonda foley nº _____ / troca de cada _____ dias
- Sonda uretral nº _____ / número de cateterismos ao dia _____
- Cateter lubrificado nº _____ / número de cateterismos ao dia _____
- Bolsa Coletora Urina Noturna - troca a cada _____ dias
- Bolsa Coletora Urina diurna perna - troca a cada _____ dias
- UROOPEN - Dispositivo Masculino p/ incontinência urinária
Tamanho: P / M / G Quantidade Mensal
- Xilocaina / número de tubos ao mês

Observações:

Assinatura e carimbo e CRM do Médico: _____

Local e data:

_____ / _____ / _____

ANEXO 6 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR DOMÍNIOS

Domínio 2- Nutrição	
Classe 1 - Ingestão Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	Caracterizado por diarreia, dor abdominal intestinais hiperativos. Relacionado à capacidade prejudicada de a fatores biológicos; fatores psicológicos.
Classe 1 - Ingestão Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	Caracterizado por Relacionado à
Classe 1 - Ingestão Disposição para nutrição melhorada	Caracterizado por expressar conhecimento alimentares saudáveis relacionado à
Classe 2 - Função gastrointestinal Constipação	Caracterizado por mudanças no padrão intestinal; formadas; frequência diminuída; volume de fezes; Relacionado à motilidade do trato gastrointestinal e tumores.

Classe 2 – Função gastrointestinal Diarreia	Caracterizado por pelo menos três evacuações dia; ruídos intestinais hiperativos. Relacionado à inflamação; irritação; má absorção; infeciosos.
Domínio 4- Atividade/ Repouso	
Classe 2 – Atividade/exercício Deambulação prejudicada	Caracterizado por capacidade prejudicada para realizar atividades necessárias. Relacionado ao equilíbrio prejudicado; equilíbrio insuficiente; medo de cair; visão prejudicada.
Classe 2 – Atividade/exercício Mobilidade física prejudicada	Caracterizado por instabilidade postural; dificuldade para desempenhar as habilidades motoras finas; dificuldade para desempenhar as habilidades motoras grossas. Relacionado à prejuízo musculoesquelético; enrijecimento das articulações; rigidez muscular.
Classe 5 – Autocuidado Déficit no autocuidado	Caracterizado por incapacidade de fazer um ou mais autocuidados. Relacionado à motivação baixa; prejuízo cognitivo; prejuízo social.

Classe 5 – Autocuidado Disposição para o aumento do autocuidado	Caracterizado por expressa desejo autocuidado; expressa desejo de aumentar o conhecimento de autocuidado
Domínio 5- Percepção/Cognição	
Classe 4 - Cognição Disposição para o conhecimento aumentado	Caracterizado por descreve experiências práticas; expressa interesse em aprender.
Classe 4 - Cognição Conhecimento deficiente	Caracterizado por seguimento inadequado da fala; Relacionado à falta de interesse em aprender e crenças errônea de informações.
Classe 5 - Comunicação Comunicação verbal prejudicada	Caracterizado por déficit visual total; fala obstinada a falar verbaliza com dificuldade; Relacionado à alterações na autoestima e alterações fisiológicas.
Domínio 6- Autopercepção	
Classe 1 - Autoconceito Desesperança	Caracterizado por falta de envolvimento no ambiente; Relacionado à deterioração da condição física e mental.
Classe 1 - Autoconceito Sentimento de impotência	Caracterizado por dependências de outros; irritabilidade; não defende práticas de autocuidado; Relacionado à interação interpessoal; doença crônica.

<p>Classe 2 – Autoestima Baixa autoestima situacional</p>	<p>Caracterizado por avalia a si mesmo como inútil; eventos; expressões de sentimento de inutilidade; Relacionado ao distúrbio da imagem corporal funcional.</p>
<p>Classe 3 – Imagem corporal Distúrbio na imagem corporal</p>	<p>Caracterizado por comportamento de evitar olhar para uma parte do corpo; não tocar em certa reação dos outros; esconder intencionalmente certa parte do corpo Relacionado à doença; cirurgias</p>

ANEXO 7 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

NOME: _____ PRONT: _____

- Diagnósticos de enfermagem: Capaz de executar o autocuidado
 - ✓ Intervenções de enfermagem: Reforçar capacidades (ou aptidões) para executar o autocuidado; reforçar orientações sobre autocuidado com a estomia e a pele periestomal; reforçar a importância do autocuidado para a independência; reforçar orientações sobre complicações da estômia e da pele periestomal.
- Diagnósticos de enfermagem: Autoestima positiva
 - ✓ Intervenções de enfermagem: Apoiar a busca por elementos positivos sobre si mesmo; reforçar a autoestima positiva.
- Diagnósticos de enfermagem: Risco de complicações da estômia.
 - ✓ Intervenções de enfermagem: Orientar sobre cuidados com a estômia; orientar sobre complicações da estômia; orientar sobre a escolha de equipamento coletor e adjuvantes adequados.
- Diagnósticos de enfermagem: Risco para dermatite peristomial.
 - ✓ Intervenções de enfermagem: Orientar sobre cuidados com a pele periestomal; orientar sobre higiene da pele periestomal com água morna e sabão neutro; orientar sobre secagem da pele periestomal com pano limpo e macio; orientar sobre a escolha de equipamento coletor e adjuvantes adequados; explicar sobre os diferentes equipamentos coletores e adjuvantes disponíveis.
- Diagnósticos de enfermagem: Distúrbio na imagem corporal em virtude do tratamento da doença caracterizada por sentimentos negativos em relação ao corpo.
 - ✓ Intervenções de enfermagem: Auxiliar a paciente a encontrar nela e em sua situação de vida elementos positivos e reforçá-los.
- Diagnósticos de enfermagem: Controle eficaz do regime terapêutico caracterizado por alterações da doença dentro de uma variação normal de expectativas.
 - ✓ Intervenções de enfermagem: Validar o conhecimento acerca do autocuidado e reforçar as áreas positivas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de abril de 2012 [acesso 2023 nov 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021 [acesso 2023 nov 29]. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_e_stomia.pdf.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009 [acesso 2023 nov 20]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009/>
4. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Manual de orientação aos serviços de atenção às pessoas ostomizadas.** Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2017 [acesso 2023 nov 20]. Disponível em: [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Ostomizado/ MANUAL_OSTOMIZADOS_Consulta%20publica%202017%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Ostomizado/ MANUAL_OSTOMIZADOS_Consulta%20publica%202017%20(1).pdf)
5. SÃO PAULO (estado). **Instrutivo Ostomia.** São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2012 [acesso 2023 nov 20]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes->

[regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia/documentos/instrutivo_ostomia_1107.pdf](#)