

Pacientes domiciliados em uso de cateter vesical em um município do interior do Estado de São Paulo

Use of bladder catheter in home health care patients from a countryside town of São Paulo State

Pacientes resididos con uso de sonda vesical en una ciudad del interior del Estado de São Paulo

Patricia Malagutti Meneghetti Itáio¹, João Carlos Leite da Cruz², Gabriel Xavier Santos³, Alessandra Mazzo⁴.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os pacientes domiciliados que estão em uso de cateter urinário de demora e/ou intermitente num município do interior do estado de São Paulo. **Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte, retrospectivo realizado após autorização ética. Foram inclusos no estudo os pacientes domiciliados que utilizam ou utilizaram o cateterismo urinário de demora e/ou intermitente atendidos pelo serviço de assistência domiciliar (AD) no local, de janeiro de 2018 a dezembro de 2022. Os dados foram analisados no Microsoft Excel® e coletados dos sistemas de gestão do município e dos prontuários do serviço de AD. **Resultados:** Entre os 3353 pacientes atendidos, 88 utilizaram cateter urinário e 68 foram inclusos no estudo. Os resultados demonstraram que quase a totalidade são cuidados por mulheres, fazem uso do cateter de demora, por motivos justificados nas suas condições clínicas. Destaca ainda que passam em média muito tempo com o cateter e que há complicações associadas, a mais prevalente é a infecção de trato urinário. **Conclusão:** A assistência ao usuário de cateter urinário no município tem lacunas, dentre estas, o preenchimento dos prontuários; sendo necessários investimentos no uso de evidências, em tecnologias e na capacitação de equipe, pacientes e familiares.

Palavras-chave: Cateterismo urinário, Assistência domiciliar, Determinantes sociais da saúde, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Describe the home care patients who are in long term and/or intermittent use of urinary catheter in a countryside town of São Paulo State. **Methods:** It is a cohort, retrospective study developed after IRB approval. The study included home health care patients in current or past use of long term and/or intermittent urinary catheterization treated by the home care service (HC) on site, from January 2018 to December 2022. Data were analyzed on Microsoft Excel® and collected from the town government management system and from the HC service patient's records. **Results:** Among the 3353 patients assisted, 88 used urinary catheter and 68 were included on the study. The results showed that almost the total patients are assisted by women, use long term catheter, for reasons justified by their clinical conditions. Highlighting that patients spend, in average, a long period with the catheter and there are associated complications, being the most prevalent the urinary tract infection. **Conclusion:** The assistance of patients in use of urinary catheter in town service has gaps, among them, there is the filling up of patient's health records; being required investments on evidences use, regarding technology and team, patients and family training.

Keywords: Urinary catheterization, Primary health care, Home care, Nursing care.

¹ Universidade de São Paulo (USP). São Paulo - SP.

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Ribeirão Preto - SP.

³ Faculdade de Medicina de Bauru (FMBRU), Bauru - SP.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los pacientes resididos que utilizan sonda vesical permanente y/o intermitente en una ciudad del interior del Estado de São Paulo. **Métodos:** Se trata de un estudio de corte, retrospectivo realizado tras el consentimiento informado. En el estudio fueron incluidos pacientes resididos que utilizan o utilizarán la sonda vesical permanente y/o intermitente, atendidos por el servicio de asistencia domiciliaria (AD), desde enero del 2018 hasta diciembre del 2022. Los datos fueron analizados por el programa Microsoft Excel® y recopilados de los sistemas de gestión del municipio y las historias clínicas del servicio de AD. **Resultados:** De los 3353 pacientes atendidos, 88 de ellos utilizaron sonda vesical y 68 fueron incluidos en el estudio. Los resultados demostraron que casi todos son cuidados por mujeres, utilizan sonda vesical permanente, por motivos justificados en sus condiciones clínicas. También se destaca que pasan, en promedio, mucho tiempo con la sonda y que existen complicaciones asociadas, la más prevalente es la infección de tracto urinario. **Conclusión:** La asistencia para el paciente que utiliza sonda vesical en una ciudad tiene carencias, una de ellas es el llenado de historias clínicas siendo necesarias como evidencia para calcular presupuesto, en tecnología, capacitación del personal, pacientes y familiares.

Palabras clave: Sonda vesical, Atención domiciliaria, Determinantes sociales de la salud, Cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

O cateterismo urinário é um procedimento utilizado para o diagnóstico de diversas patologias e para o manejo das funções urinárias normais, que incluem a produção, armazenamento e excreção adequados da urina (FENELEY RCL, et al., 2015). É fundamental para a saúde do trato urinário e em casos de retenção e/ou incontinência urinária, desempenha papel crucial em pacientes com disfunções urinárias (MAZZO A, et al., 2015).

Tanto o cateterismo urinário intermitente (caracterizado pela inserção periódica da sonda vesical), quanto o cateterismo de demora (no qual se mantém inserido de forma contínua o cateter na bexiga), estão associados a uma diversidade de complicações potenciais para o paciente (IGAWA Y, et al.; 2008). A principal maneira para reduzir as complicações envolvidas no uso do procedimento é minimizar a frequência de suas indicações e fazê-las de forma apropriada, atentando e conhecendo as contraindicações (MEDDINGS J, et al., 2015). Cerca de 21 a 50% dos cateteres indicados são injustificáveis, sendo sua continuação também injustificada em 47% dos casos (GARDAM MA, et al., 1998; JAIN P, et al., 1995).

As principais indicações consolidadas na literatura para o procedimento estão relacionadas ao tratamento da retenção e incontinência urinária com ou sem obstrução, medição do débito urinário, diagnóstico de patologias urinárias, manejo de pacientes imobilizados ou com bexiga neurogênica e terapia farmacológica intravesical (MEDDINGS J, et al., 2015).

Por outro lado, em relação às contraindicações ao cateterismo urinário, essas são divididas em absolutas e relativas. A única contraindicação absoluta é a lesão uretral confirmada ou mesmo suspeita, geralmente em contextos de trauma pélvico. Já as contraindicações relativas incluem a estenose de uretra, as cirurgias uretrais ou vesicais recentes e paciente combativo e/ou não cooperante (CANES D, 2006).

Dentre as complicações relacionadas ao cateterismo urinário, destacam-se as infecções do trato urinário, o sangramento uretral (uretrorragia), a uretrite e a formação de cálculos vesicais. O cateterismo intermitente pode também evoluir para infecção genital e estenose uretral, enquanto o cateterismo de demora pode apresentar complicações adicionais, como fístula, incompetência do colo da bexiga, erosão do esfínter, câncer de bexiga e reações alérgicas (IGAWA Y et al., 2008). Analogamente, ao considerar os materiais e as complicações envolvidas, os custos do cateterismo urinário, sobretudo em ambientes hospitalares, revestem-se de importância inenunciável para a saúde pública, especialmente quando indicados de forma inadequada (CLARA A, et al., 2013). No tocante ao âmbito domiciliar, a assistência de saúde prestada é diferente da hospitalar, na domiciliar apresenta riscos maiores de infecção e envolve cuidadores que não possuem formação específica para a manipulação do cateter.

Ademais, no que tange as infecções relacionadas as práticas domiciliares, existe uma falta de documentação adequada para identificar e monitorar seu controle (KERBER NPC, et al., 2008). Tratando-se do Brasil, a atenção domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve uma série de ações, como promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, oferecidas no próprio domicílio do paciente, com a garantia de cuidados contínuos e integração às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, tal estratégia apresenta diversas defasagens, como fragmentação das ações, escassez de métodos de planejamento e pouco uso das informações disponíveis (PIRES MRGM, et al., 2013). Dessarte, compreender a prática do cateterismo urinário em domicílio é de suma importância, dadas suas implicações na saúde do trato urinário, baseado em indicações equivocadas, complicações patológicas e nos custos envolvidos à saúde pública.

Nessa perspectiva, melhorar a qualidade e a eficácia da assistência domiciliar, integrando-a de forma adequada às redes de saúde existentes, é fundamental, tanto para a saúde individual da população, quanto para os sistemas de saúde. Neste contexto este estudo tem como objetivo caracterizar os pacientes domiciliados que estão ou estiveram em uso do cateter urinário num município do interior do estado de São Paulo.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo (POLIT DF e BECK CT, 2010).

Local do estudo

Este estudo foi realizado em um município de médio porte, do interior do Estado de São Paulo. O município conta com 18 Unidades Básicas de Saúde, sendo seis Unidades de Saúde da Família e cinco Unidades de Pronto Atendimento, além de, serviços de atendimento psicossocial, um ambulatório de especialidades médicas, e serviço de consultório de rua. É ainda parte do atendimento municipal o serviço de assistência domiciliar (Equipe multiprofissional de assistência domiciliar (EMAD). No município o EMAD conta com quatro equipes, sendo cada equipe composta por um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e quatro técnico de enfermagem; além de um profissional de nutrição, de odontologia e de fonoaudiologia, que dão suporte a todas as equipes. As equipes da EMAD utilizam quatro Unidades Básicas de Saúde como sede dos seus serviços.

População e amostra

Participaram do estudo os pacientes domiciliados e domiciliados acamados que utilizam ou utilizaram o cateterismo urinário de demora e/ou intermitente e foram atendidos pelo EMAD. Foram inclusos os pacientes atendidos no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2022.

Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados retrospectivos (2018-2022) dos pacientes foi elaborada uma planilha de dados no Microsoft Excel ®. A planilha contava com campos para os seguintes dados dos pacientes: idade, sexo, cateterismo urinário (demora ou intermitente), grau de parentesco com o cuidador, renda familiar, tipo de residência, número de moradores no domicílio, vínculos familiares, tipo de rede de esgoto, doença atual, pregressas, acamado ou não, grau de independência, motivo do uso do cateterismo urinário, tempo de uso do cateter urinário, tratamentos de infecções de trato urinário relacionado ao cateter. Os dados foram transportados para uma planilha do Microsoft Excel ® elaborada pelos próprios pesquisadores

Desenvolvimento do estudo

Após autorização ética, os dados foram levantados pelos próprios pesquisadores. Foi utilizado para coleta de dados o sistema MV/SIGSS, os prontuários institucionais das EMADS e o livro de atividades da equipe (este livro descreve diariamente a escala de trabalho e os pacientes que estão em atendimento domiciliar. Há um livro de registro para cada EMAD. Para o levantamento dos dados foram seguidos os seguintes passos:

Foram levantados os pacientes usuários do cateter urinário em livro de registro diário de atividades das EMADS; 2) Com base nos nomes levantados, foram buscados os registros do MV/SIGSS (instrumento de coleta de dados 1) e 3). Foram ainda levantados os dados complementares dos pacientes nos prontuários institucionais da EMAD. O levantamento dos dados dos pacientes foi realizado com o apoio dos instrumentos de coleta de dados 1 e 2. Os dados coletados foram transportados para a planilha do Microsoft Excel®.

Processamento, análise e apresentação dos dados

Os dados dos sujeitos e dos instrumentos foram transportados para uma planilha do Microsoft Excel®, codificados e analisados no Programa Estatístico SPSS, versão 29®. Os dados descritivos foram analisados por frequência e porcentagem. Os resultados apresentados na forma de quadros, tabelas, figuras e relatório discursivo.

Considerações éticas

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, após a autorização do município, sob parecer 6.440.589 e CAAE: 71050923.5.0000.5393. Foi solicitado e dispensado o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dentre os 3353 pacientes atendidos no período pelo serviço de AD no município, 88 (2,6%) fizeram uso do cateterismo urinário e 68 (2,0%) foram inclusos na amostra por cumprirem os critérios de inclusão. A **Tabela 1**, apresenta a caracterização dos pacientes e dos domicílios de acordo com o sexo, idade, ser ou não acamado, número de moradores no domicílio, tipo de residência e sua propriedade e presença de rede de esgoto.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes e dos domicílios.

Caracterização pacientes	Fr	%
Sexo		
Feminino	26	38,2
Masculino	42	61,8
Idade		
Mínimo	-	22 anos
Máximo	-	99 anos
Média	-	70,5 anos
Mediana	-	72 anos
Acamado		
Sim	46	67,6 anos
Não	13	19,1
Não Informado	8	11,8
Moradores no domicílio		
1	1	1,5
2	22	32,4
3	14	20,6
4	6	8,8
5	7	10,3
6	3	4,4
7	2	2,9
8	1	1,5
Não Informado	11	16,2
Tipo de residência		
Casa	57	-
Cômodo	1	-
Não Informada	10	-

Casa própria		
Própria	32	47,1
Alugada	3	4,4
Não Informado	33	48,5
Rede de esgoto		
Fossa Sêptica	1	1,5
Pluvial	56	82,4
Não Informado	11	16,2

Fonte: Itáo PMM, et al., 2024.

Entre a grande maioria dos cuidadores dos pacientes identificados 50 (73,5%) são do sexo feminino. O grau de dependência e a identificação do cuidador estão descritos na (Tabela 2).

Tabela 2 - Grau de dependência do paciente e identificação do cuidador.

Grau de dependência de cuidador	Fr	%
Grau de dependência		
Total	37	54,4
Parcial	22	32,4
Não Informado	7	10,3
Cuidador		
Companheira	21	30,9
Filha	17	25,0
Irmã	6	8,8
Cuidador contratado	3	4,4
Mãe	3	4,4
Companheiro	2	2,9
Filho	2	2,9
Cunhada	1	1,5
Genro	1	1,5
Irmão	1	1,5
Neta	1	1,5
Nora	1	10,3
Não Informado	7	10,3

Fonte: Itáo PMM, et al., 2024.

Os diagnósticos médicos descritos nos prontuários dos pacientes estão descritos na (Tabela 3). Entre os pacientes, de acordo com os registros encontrados, 38 (55,9%) apresentaram mais de um diagnóstico primário.

Tabela 3 - Diagnósticos médicos dos pacientes segundo os registros do prontuários.

Diagnósticos atuais	Fr	%
Lesão por Pressão	23	33,9
Acidente Vascular Cerebral	18	26,5
Hiperplasia Prostática benigna	10	14,8
Alzheimer	7	10,3
Infecção Trato Urinário	7	10,0
Trauma Raquimedular	4	5,9
Esclerose Lateral Amiotrófica	3	4,4
Paraplegia	3	4,4
Retenção Urinária	3	4,4
Câncer de Bexiga	2	3,0
Câncer de Próstata	2	2,9

Doença de Parkinson	2	3,0
Pneumonia	2	2,9
Síndrome Respiratória Aguda Grave	2	3,0
Adenocarcinoma de Próstata	1	1,5
Bexiga Neurogênica	1	1,5
Câncer de Coluna	1	1,5
Crenitzfeldts Jacob	1	1,5
Demência	1	1,5
Desnutrição	1	1,5
Diabetes Mellitus	1	1,5
Disúria	1	1,5
Estenose Canal Medular	1	1,5
Fratura transcanteriana	1	1,5
Gullian Barré	1	1,5
Hipertensão Arterial Sistêmica	1	1,5
Insuficiência Renal Aguda	1	1,5
Insuficiência Renal Crônica	1	1,5
Mielite Transversa Aguda	1	1,5
Obstrução Intestinal	1	1,5
Osteopastia de fêmur	1	1,5
Sequela de Dengue	1	1,5
Síndrome Consumptiva	1	1,5
Tuberculose	1	1,5
Úlcera Péptica Perfurada por EDA	1	1,5

Legenda: *Houve mais de um diagnóstico por paciente; ** Transcritos dos diagnósticos médicos registrados nos prontuários.

Fonte: Itáio PMM, et al., 2024.

No que diz respeito ao paciente, os dados demonstram que quase a totalidade dos pacientes faz uso do cateterismo urinário de demora. Os dados relacionados a caracterização do procedimento do cateterismo urinário estão apresentados na (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização do cateterismo urinário.

Caracterização do procedimento	Fr	%
Tipo de cateter utilizado		
Cateter de demora	64	94,1
Cateter intermitente	4	5,9
Número cateter utilizado		
14 Fr	7	10,3
16 Fr	15	22,1
18 Fr	14	20,6
20 Fr	1	1,5
Não Informado	31	45,6
Ampliou calibre cateter período		
Não	47	69,1
Sim	21	
Número cateter quando ampliado		
16 Fr	7	10,3
18 Fr	6	8,8
20 Fr	8	11,8
Modificaram cateter vesical de demora para cistostomia		
Tempo de uso de cateter (meses)	6	8,8
Mínimo	-	0 meses
Média	-	9,6 meses
Mediana	-	6 meses

Máxima	-	36 meses
Não Informaram	17	25,5%
Motivo de uso do cateter		
Lesão por Pressão	10	14,7
Bexiga Neurogênica	6	8,8
Infecção Trato Urinário	5	7,3
Bexiga desfuncionalizada	4	5,9
Hiperplasia Prostática benigna	4	5,9
Retenção Urinária	4	19,2
Acidente Vascular Cerebral	3	4,4
Coleta de exame de urina 24 horas	2	2,9
Controle de diurese	1	1,5
Tumor de Bexiga	1	1,5
Não Informado	19	27,9
Número de Infecções de Trato Urinário tratadas no período		
1	12	17,6
2	9	13,2
3	7	10,3
4	2	2,9
5	6	8,8
6	2	2,9
8	1	1,5
Não Informado	29	42,6
Óbito		
Sim	41	60,3
Não	13	19,1
Não Informado	14	20,5
Motivo óbito		
Relacionado a ITU	5	7,4
Não Informado e outros	62	92,6

Legenda: *French – Fr.

Fonte: Itáio PMM, et al., 2024.

DISCUSSÃO

O cateterismo urinário é um procedimento de risco que afeta o paciente no cuidado domiciliar. Neste estudo, os resultados demonstraram que a quase totalidade dos pacientes domiciliados são cuidados por mulheres, fazem uso do cateter de demora, por motivos justificados nas suas condições clínicas. Destaca ainda, que os pacientes passam em média muito tempo com o cateter urinário e que há complicações associadas, dentre as quais a mais prevalente é a infecção de trato urinário.

A Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde é uma modalidade substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio por Equipes Multiprofissionais, que devem garantir a continuidade dos cuidados hospitalares e estar integrada às redes (SAVASSI LCM, 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2016). A assistência domiciliar na sociedade contemporânea cada vez mais é relevante, devido a alta prevalência de doenças crônicas aliadas ao alto teor tecnológico, que tem levado ao domicílio, para os processos de cuidado e de reabilitação, pacientes caracterizados como muito próximos aos encontrados neste estudo, ou seja, pacientes idosos, acometidos por doenças que os tornam dependentes e com necessidades de intensos processos recuperação. Tais processos precisam ser efetivos, resolutivos e também precisam primar por boas práticas de cuidados (VERAS RP, 2023).

Ações efetivas de saúde se constroem quando os profissionais levam em conta aspectos que estabelecem determinações na vida do indivíduo, como as questões sociais, culturais, ambientais, políticas, como alimentação, escolaridade, segurança, moradia, habitação, classe social, entre outros (BHATTACHARYA S, 2008, ÖSTILIN P et al., 2011).

No caso dos pacientes em Assistência Domiciliar, é necessário ainda considerar que o domicílio é um espaço de intimidade, do paciente e da família, e que nele são os profissionais de saúde que adentram o território paciente, o que exige dos profissionais habilidades, conhecimentos e atitudes diferenciados para a prática neste âmbito de cuidados. Ao adentrarem o território do paciente no domicílio é necessário que o profissional tenha como diretiva que para a continuidade do cuidado é necessário envolver o cuidador.

Na Assistência Domiciliar, o cuidador pode ser definido como o indivíduo com ou sem vínculo familiar com os pacientes. Os cuidadores devem ser habilitados a amparar os pacientes nas suas necessidades e nas atividades diárias e deverão ainda estar presentes durante o atendimento domiciliar a depender das condições clínicas do paciente (NERY BLS, et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2016).

Na amostra do presente estudo (**Tabela 2**), assim como, na maioria dos estudos que abordam a temática (PEREIRA RA, 2013; LOUREIRO LSN, et al., 2013), a maior parte dos cuidadores são mulheres e possuem vínculo familiar com o paciente. Acumulam como descrito referendado na literatura, atividades domésticas e familiares ao cuidado do paciente, o que lhes causa sobrecarga física, emocional e psicológica, além de, muitas vezes, uma qualidade de vida pior do que a dos próprios pacientes (BATISTA IB, et al., 2023; DINIZ MAA, et al., 2018).

Neste sentido, para modificar tal contexto, é imperativo que o profissional também direcione o seu olhar ao cuidador, como sujeito de cuidado. O cuidador, muitas vezes representado pela família exerce papel fundamental na saúde do paciente, e tem como atribuição compartilhar com os profissionais o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação do cuidado dispensado; de forma respeitosa, digna, e que valorize as crenças, cultura e conhecimento da família e proporcione ao paciente e ao cuidador o domínio e a aprendizagem do cuidado.

Todavia, cumpre salientar que embora o cuidado seja centrado na família, essa atitude não exime os profissionais das suas responsabilidades. Cabe a eles as competências individuais em cada uma das áreas de formação em saúde, a responsabilização pelo cuidado (PINTO JP, et al., 2010).

Entre os pacientes da amostra, os diagnósticos clínicos relacionados a doenças crônicas, estão entre os mais citados para o uso do cateter urinário (**Tabela 3**), além disso, o cateter de demora é o dispositivo de escolha. Os resultados, mostram ainda, que há um tempo prolongado de uso do cateter e que não há progresso no tratamento das disfunções urinárias, ao contrário, os dados (**Tabela 4**) demonstram diversas complicações, como aumento do tamanho do dispositivo, uso da cistostomia, ITUs recorrentes, culminando em alguns casos com o óbito do paciente.

O manejo adequado da bexiga na reabilitação tem como objetivo manter o paciente o mais próximo possível do seu estilo de vida, da continência, da prevenção de complicações como as ITUs, o refluxo vesicoureteral, a hidronefrose, a urolitíase, a insuficiência renal, além de preservar, a função do trato urinário superior e inferior. Entre os diversos procedimentos relevantes e adequados para tal fim, incluem-se a manutenção de hábitos diários, como o uso do sanitário, as condições de higiene pessoal (FUMINCELLI L, 2013), e destaca-se o uso do cateterismo urinário intermitente (ADRIAANSEN JJE, et al., 2017; TRACTENBERG RE, et al., 2021). Quando comparados pacientes em uso de cateterismo urinário intermitente com aqueles com cateteres urinários de demora há menos episódios de ITU e de outras complicações nos primeiros. Complicações são comumente encontradas nos pacientes usuários de cateterismo urinário de demora (ADOMI M, et al., 2019).

Os cateteres urinários de demora, amplamente utilizados em ambientes comunitários e hospitalares são passíveis de levarem a alta incidência de ITU (MOTA EC e OLIVEIRA AC 2019). Ao permanecerem no paciente por motivos diversos, como dificuldades no tratamento, má indicação, desconhecimento de outras técnicas pelos profissionais da área de saúde, podem levar a prejuízos irreparáveis e imensuráveis (MAZZO A, et al., 2017). Quando os cateteres urinários permanecem no paciente por mais de 28 dias consecutivos, são caracterizados como cateterismo urinário de longa duração (ADOMI M, et al., 2019). Os danos potenciais associados ao cateterismo urinário de longa duração, incluem infecção do trato urinário (ITU), câncer de bexiga devido a presença de inflamação crônica da região (HIRD AE, et al., 2021) entre muitas outras. Em

contextos institucionais, há complicações com destaque para a ITU, maior mortalidade e tempo de internação hospitalar (ADOMI M, et al., 2019; HEALTHCARE, 2017).

Neste sentido, para minimizar os acontecimentos implícitos a doença, que irão agredir o cotidiano do paciente no seu contexto domiciliar, é imprescindível que a equipe multiprofissional de Assistência Domiciliar tenha conhecimento do estado clínico do paciente e saiba atuar na gestão do cuidado e no cuidado do paciente que está sendo contra referenciado para o seu domicílio no momento da alta hospitalar.

O conhecimento das condições clínicas do paciente e a performance adequada da equipe quando assume o seu cuidado no domicílio, não apenas leva a um processo eficiente e personalizado, como também fortalece o vínculo com as unidades e equipes de profissionais de onde o paciente se originou.

A troca contínua de informações sobre o estado de saúde do paciente, incluindo diagnósticos recentes, tratamentos em curso e necessidades específicas, é fator fundamental para garantir uma transição fluida entre o ambiente hospitalar e o domicílio. Essa estreita comunicação possibilita a implementação de planos de cuidados integrados, que consideram a condição clínica atual, mas também a história médica e as expectativas individuais do paciente. A abordagem colaborativa é essencial para promover a continuidade dos cuidados, reduzir readmissões desnecessárias e melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos pela Assistência Domiciliar (NERY BLS, et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2016).

Entre os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade se destaca e se fortalece por meio das Redes de Atenção à Saúde. Tais redes, estruturadas e organizativas, visam articular os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, entre os quais se inclui-se o cuidado domiciliar, proporcionando um cuidado mais integrado e eficiente.

É neste contexto, que são estabelecidos os sistemas de referência e contrarreferência dos pacientes, os quais garantem uma melhor gestão dos fluxos assistenciais, orientam o encaminhamento dos pacientes para serviços de maior complexidade e permitem o seu retorno ao nível de atenção básica ou a outros pontos da rede após a vivência em serviços especializados. Essa articulação, entre os diferentes pontos de atenção à saúde, aliada ao princípio da integralidade, visa assegurar uma assistência mais completa e contínua, atendendo às diversas necessidades e demandas dos pacientes dentro do SUS (OLIVEIRA CCRB, 2021).

Neste processo, a comunicação efetiva entre os profissionais é primordial para a manutenção de um cuidado de qualidade. Não se limita apenas à troca de informações básicas, mas também engloba a discussão de planos terapêuticos, a avaliação de resultados e a identificação de possíveis ajustes no tratamento. Além disso, integra diferentes especialidades e perspectivas, enriquecendo a abordagem multidisciplinar e contribuindo para uma assistência mais abrangente e personalizada.

Por meio da comunicação efetiva, contínua e colaborativa, os profissionais podem compartilhar conhecimentos, experiências e melhores práticas, promovendo uma atuação mais assertiva e alinhada aos objetivos de saúde do paciente. A comunicação efetiva emerge como um pilar fundamental na promoção da qualidade do cuidado e no alcance de resultados positivos para os pacientes.

É neste contexto, que o cuidado diferenciado aos pacientes em uso de cateter urinário no domicílio, para ser de qualidade e eficiente, deve ser efetuado por profissionais capacitados, que participem efetivamente de redes colaborativas e de atenção ao paciente e que sobretudo considerem as evidências científicas sobre o assunto.

Tais alicerces, possivelmente levarão a capacidade de manutenção das condições de saúde do paciente, possibilitarão o uso de diversos dispositivos e proporcionarão condições de empoderamento do paciente e de seus familiares. Uma abordagem baseada em evidências e em redes colaborativas não só embasam as decisões clínicas, mas também contribuem para a eficácia e a segurança dos cuidados prestados (JORGE BM, et al. 2018). Redes colaborativas entre os profissionais da assistência e também o apoio das instituições de ensino, são essenciais para a troca de conhecimentos, experiências e melhores práticas e podem ser indutoras do fortalecimento dos ambientes de prática.

CONCLUSÃO

Embora os dados encontrados neste estudo sejam de uma realidade local e apresentem muitas lacunas nos prontuários consultados, o que demonstra um dos pontos que devem ser apontados e considerados como sua limitação, os resultados encontrados neste estudo, demonstram que o cuidado com o cateter urinário dos pacientes domiciliados é negligenciado. Os pacientes não utilizam recursos atuais, não demonstram o progresso e a reabilitação das funções urinárias e são acometidos por várias complicações. Neste sentido, para mudar este contexto é necessário outros diagnósticos e intervenções, que avaliem o conhecimento, potencializem as ações dos pacientes e os protocolos municipais e deem subsídios de evidências e responsabilização para as equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. ADOMI M. et al. Factors associated with long-term urinary catheterisation and its impact on urinary tract infection among older people in the community: A population-based observational study in a city in Japan. *BMJ Open*, 2019; 9(6): 028371.
2. ADOMI M. et al. Factors associated with long-term urinary catheterisation and its impact on urinary tract infection among older people in the community: A population-based observational study in a city in Japan. *BMJ Open*, 2019; 9(6): 028371.
3. ADRIAANSEN JJE, et al. Bladder-emptying methods, neurogenic lower urinary tract dysfunction and impact on quality of life in people with long-term spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 2017; 40(1): 43–53.
4. BATISTA IB, et al. Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas idosas acamadas. *Acta Paulista Enfermagem*, 2023; 36: APE00361.
5. BHATTACHARYA S. The local bases of global public health: complexities and opportunities. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86(3): 163.
6. CANES D. Male Urethral Catheterization. *New England Journal Medicine*, 2006; 355(11): 1178–1179.
7. CLARA A, et al. Análise dos custos associados ao cateterismo vesical de demora em pacientes hospitalizados: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 2013; 7(5): 1629–1638.
8. DINIZ MAA, et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. *Ciência Saúde Coletiva*, 2018; 23(11): 3789–98.
9. FENELEY RCL, et al. Urinary catheters: history, current status, adverse events and research agenda. *Journal Medical Engineering Technology*, 2015; 39(8): 459–470.
10. FUMINCELLI L. Eliminações urinárias do paciente clínico hospitalizado: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UFPE*, 2013; 7(3): 788-793.
11. GARDAM MA, et al. Overutilization of indwelling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections. *Clinical Performance Quality Health Care*, 1998, 6(3): 99–102.
12. HEALTHCARE Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines-H.pdf>. Acesso em: 22 de março de 2024.
13. HIRD AE, et al. Association between chronic bladder catheterisation and bladder cancer incidence and mortality: A population-based retrospective cohort study in Ontario, Canada. *BMJ Open*, 2021; 11(9): 1–9.
14. IGAWA Y, et al. Catheterization: Possible complications and their prevention and treatment. *International Journal Urology*, 2008; 15(6): 481-485.
15. JAIN P, et al. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Archives Internal Medicine*, 1995; 155(13): 1425–1429.
16. JORGE BM, et al. Social Determinants of Health in the lives of urinary catheter users. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2018; 71(4): 1928–1933.
17. KERBER NPC, et al. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 2008; 24(3): 485–493.
18. LOUREIRO LSN, et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2013; 47(5): 1133-1140.
19. MAZZO A, et al. Cateterismo urinário de demora: prática clínica. *Enfermería Global*, 2015; 14(38): 60-68.
20. MAZZO A, et al. Qualidade e segurança do cuidado de enfermagem ao paciente usuário de cateterismo urinário intermitente. *Escola Anna Nery*, 2017; 21(2): 20170045.

21. MEDDINGS J, et al. The Ann Arbor Criteria for Appropriate Urinary Catheter Use in Hospitalized Medical Patients: Results Obtained by Using the RAND/UCLA Appropriateness Method. *Annals Internal Medicine*, 2015; 162(9): S1-34.
22. MINISTÉRIO DA SAÚDE Gabinete do Ministro Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 22 de março de 2024.
23. MOTA EC, OLIVEIRA AC. Catheter-associated urinary tract infection: why do not we control this adverse event? *Revista Escola Enfermagem USP*. 2019; 53: 03452.
24. NERY BLS, et al. Características dos serviços de atenção domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2018; 12(5): 1422-1429.
25. OLIVEIRA CCRB, et al. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. *Physis*, 2021;31(1): 310105.
26. ÖSTLIN P, et al. Priorities for research on equity and health: towards an equity-focused health research agenda. *PLoS Medicine*. 2011; 8(11): 1001115.
27. PEREIRA RA, et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Revista Escola Enfermagem USP*. 2013; 47(1): 185-192.
28. PINTO JP, et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira Enfermagem*, 2010; 63(1): 132–135.
29. PIRES MRGM, et al. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2013; 47(3): 648–656.
30. POLIT DF, BECK CT. Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. *International Journal Nursing Studies*, 2010; 47(11): 1451–1458.
31. SAVASSI LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira Medicina Família Comunidade*, 2016; 11(38): 1–12.
32. TRACTENBERG RE, et al. Reliability of the Urinary Symptom Questionnaires for people with neurogenic bladder (USQNB) who void or use indwelling catheters. *Special Edition Neuro-urology*, 2021; 59(9): 939–947.
33. VERAS RP. Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*. 2023; 26: 230233.