

ISSN: 2317-3092

Recebido em:
24/04/2020
Aprovado em:
04/11/2020

Como citar este artigo

Jorge BM, Martins JCA, Napoleão AA, Almeida RGS, Mazzo A. Avaliação clínica para diagnóstico de enfermagem de retenção urinária: construção e validação de protocolo. Rev Norte Mineira de enferm. 2020; 9(1):67-75.



Autor correspondente

Beatriz Maria Jorge
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Correio eletrônico: beatriz_jorge@ufms.br

AVALIAÇÃO CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE RETENÇÃO URINÁRIA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO

Clinical evaluation for nursing diagnosis of urinary retention: construction and validation of protocol

Baseado na tese: Construção e validação de protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de retenção urinária em pacientes adultos, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2017. Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Beatriz Maria Jorge¹, José Carlos Amado Martins², Anamaria Alves Napoleão³, Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida⁴, Alessandra Mazzo⁵.

1 Doutora em Enfermagem pela Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – SP. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Coxim, MS, BR, beatriz_jorge@ufms.br, ORCID: <https://www.orcid.com.br/0000-0002-9203-4691>

2 Livre-Docente em Enfermagem pela Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – SP. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, PT, jmartins@esenfc.pt, ORCID: <https://www.orcid.com.br/0000-0003-0910-8387>

3 Doutor em Enfermagem pela Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – SP. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, BR. aa.napoleao@gmail.com, ORCID: <https://www.orcid.com.br/0000-0002-6229-4206>

4 Doutor em Enfermagem pela Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – SP. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, BR, rgclaretiano@gmail.com, ORCID: <https://www.orcid.com.br/0000-0002-4984-3928>

5 Livre-Docente em Enfermagem pela Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – SP. Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, SP, BR, amazzo@eerp.usp.br, ORCID: <https://www.orcid.com.br/0000-0001-5074-8939>

DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202090108>

Objetivo: Construir e validar protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de retenção urinária em pacientes adultos. **Métodos:** Pesquisa metodológica desenvolvida em duas etapas: construção do protocolo e validação de conteúdo e aparência por meio dos aspectos: objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, funcionalidade e usabilidade. Para validação foi utilizada técnica Delphi e considerado concordância maior que 80% entre os Juízes pelo cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). **Resultados:** O protocolo foi construído na forma de documento descritivo e folheto ilustrativo contendo 28 fotografias. A primeira rodada da validação foi realizada por 71 juízes, e todos os itens alcançaram IVC $\geq 0,90$ contendo algumas sugestões de modificações. A segunda rodada foi realizada com 50 juízes, o IVC foi de $\geq 0,92$ nos itens

avaliados. **Conclusões:** O protocolo construído foi considerado válido, apropriado e pertinente ao uso, tornando-se uma ferramenta que auxilia o diagnóstico de enfermagem de retenção urinária.

Descritores: Enfermagem; Retenção Urinária; Protocolos; Diagnóstico de Enfermagem; Estudo de Validação.

Objective: To construct and validate a clinical evaluation protocol for the nursing diagnosis of urinary retention in adult patients. **Methods:** Methodological research developed in two stages: protocol construction and validation of content and appearance through the aspects: objectives, content, language, relevance, functionality, and usability. For validation, the Delphi technique was used and the agreement was considered greater than 80% among the Judges by calculating the Content Validity Index (CVI). **Results:** The protocol was constructed in the form of a descriptive document and an illustrative leaflet containing 28 photographs. The first round of validation was carried out by 71 judges, and all items reached $CVI \geq 0.90$ containing some suggestions for modifications. The second round was carried out with 50 judges; the CVI was ≥ 0.92 in the evaluated items. **Conclusions:** The constructed protocol was considered valid, appropriate, and relevant to its use, making it a tool that assists the nursing diagnosis of urinary retention.

Keywords: Nursing; Urinary Retention; Protocols; Nursing Diagnosis; Validation Study.

INTRODUÇÃO

Dentre os diversos processos de saúde afetados na prática clínica é comum o cuidado de enfermagem na retenção urinária (RU). A RU afeta grande variedade de pacientes e quando não diagnosticada ou diagnosticada erroneamente pode causar morbidade significativa, além de desconforto ao paciente, infecção do trato urinário (ITU) e trauma de uretra⁽¹⁾.

Na assistência de enfermagem ao paciente com RU, a anamnese e exame físico, permitem ao enfermeiro identificar o referido diagnóstico de enfermagem, planejar as ações, acompanhar e avaliar a evolução clínica do paciente. A acurácia das interpretações das respostas humanas ainda fundamenta a seleção das intervenções e contribuem para resultados desejáveis. Interpretações com baixa acurácia podem levar à omissão de cuidados acarretando prejuízo ao paciente⁽²⁾.

Segundo a taxonomia NANDA-I, o diagnóstico de enfermagem de RU é definido como a incapacidade de esvaziar completamente a bexiga, tendo como características definidoras a ausência de eliminação de urina, distensão da bexiga, disúria, eliminação urinária em pequena quantidade, gotejamento, incontinência por transbordamento, sensação de enchimento da bexiga, urina residual e urinar com frequência⁽³⁾.

As condições associadas, segundo a taxonomia, podem ser quanto ao bloqueio do trato urinário, esfíncter uretral muito potente, inibição do arco reflexo e pressão uretral alta. Nesse contexto, o diagnóstico de enfermagem de RU relaciona-se a parâmetros clínicos de difícil mensuração pelo exame físico, além disso, agrega complicadores como o biótipo e anatomia abdominal do paciente, uso de medicamentos que podem provocar alterações do sistema nervoso e dissimular os sinais e sintomas do paciente, entre outros⁽²⁾.

Diante da complexidade e dificuldade no diagnóstico da RU, o ultrassom portátil de bexiga (US) é um equipamento que produz uma medida confiável do volume de urina na bexiga. Porém, o US não substitui a avaliação clínica do paciente e nem tão pouco, deve ser utilizado como a única forma de avaliação da RU, todavia é um equipamento que confirma a suspeita da RU, e, portanto, qualifica e assegura o cuidado ao paciente⁽⁴⁾.

De tal modo, para que seja identificado de forma correta o diagnóstico de enfermagem da RU, deve associar evidências científicas, prática clínica do profissional e respeitar a clínica do paciente, juntamente com a padronização de condutas por meio de protocolos assistenciais.

Assim, protocolos assistenciais orientam, auxiliam e favorecem o uso de práticas cientificamente sustentadas, atendendo aos princípios legais e éticos da profissão, aos preceitos da prática baseada em evidências⁽⁵⁾. Trata-se de um recurso vantajoso, que proporciona maior segurança aos usuários e profissionais, reduz à variabilidade injustificada de ações no cuidado, melhora a qualificação profissional na tomada de decisão assistencial, promove a incorporação de novas tecnologias, invoca cuidado com maior qualidade, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência, e controle dos custos.

Ainda, facilitam o desenvolvimento de indicadores de infraestrutura, processos e resultados, além de permitir a disseminação de conhecimento profissional de forma equitativa e a coordenação do cuidado integral. Enfatizam o desenvolvimento de um diagnóstico de enfermagem assertivo, no qual, o dano por um procedimento não indicado e realizado corretamente estaria ausente, prevalecendo à segurança do paciente⁽⁵⁾.

Nesse contexto, devido a inexistência de um protocolo que possa auxiliar o enfermeiro na avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem da RU, determinar indicadores que viabilizem quantificar e qualificar as intervenções realizadas, implicaram a realização dessa investigação. Bem como, a elaboração de um folheto ilustrativo composto de 28 fotografias do passo a passo de como deve ser utilizado o US.

Dessarte, esse estudo teve como objetivo construir e validar protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de RU em pacientes adultos.

MÉTODOS

Pesquisa do tipo metodológica, com abordagem quantitativa, desenvolvida em duas etapas: 1. construção do protocolo; 2. validação de conteúdo e aparência do protocolo por juízes, através da técnica Delphi.

Construção do protocolo

Para esta etapa, foram utilizados os resultados obtidos em revisão da literatura, por intermédio de scoping review, evidências científicas nacionais e internacionais, realizada pelos próprios pesquisadores e disponível na literatura⁽⁶⁾.

Após análise das evidências⁽⁶⁾, foi elaborado o protocolo que consiste em dois documentos, sendo o primeiro um texto escrito contendo: Introdução; Fatores de risco para RU; Avaliação da RU; Coleta de dados; Utilização de ultrassom portátil de bexiga (US); Uso do US modelo BladderScan® BVI 3000 (Verathon Medical®, Bothell, WA, USA); Parâmetros clínicos e de volume de urina considerados como RU; Fatores que interferem na mensuração de urina durante o uso do US. Já o segundo consistem em um folheto ilustrativo, composto de 28 fotografias que exemplificam o item Uso do US modelo BladderScan® BVI 3000 do texto escrito.

Validação do conteúdo e aparência do instrumento

Este processo foi conduzido por meio da análise de juízes (enfermeiros e médicos do Brasil e de Portugal). No Brasil o uso do US é pouco incorporado a prática clínica, enquanto em Portugal faz parte do cotidiano da assistência ao paciente. Esta estratégia permite expandir as possibilidades da validação e aplicabilidade do documento proposto.

Os critérios de inclusão dos juízes foram: para enfermeiros - experiência profissional de pelo menos dois anos no ensino ou na assistência com o paciente adulto em RU; e/ou titulação mínima de Especialização em enfermagem na área hospitalar e/ou de

reabilitação; e para médicos - titulação mínima de residência em cirurgia geral, e/ou medicina e reabilitação do aparelho locomotor, e/ou anestesiologia, e/ou clínica médica e/ou obstetrícia e ginecologia.

Para a seleção dos juízes foi utilizada a técnica em cadeia de referência ou bola de neve. Para dar início ao recrutamento dos participantes mediante dessa técnica, foram selecionados dois docentes de curso de Enfermagem, sendo um docente do Brasil e um de Portugal, com expertise na área de eliminação urinária.

Aos experts que iniciaram o processo, foi solicitado a gentileza de informar o nome e endereço eletrônico de outros três profissionais que atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Desta forma, foram identificados e convidados a participarem da pesquisa 251 profissionais (71 no Brasil e 180 em Portugal).

Para que os juízes tivessem acesso à pesquisa, a pesquisadora realizou contato por e-mail e enviou carta de apresentação, os objetivos do estudo, instruções quanto ao preenchimento do questionário, protocolo a ser avaliado e link de acesso da web para acesso ao questionário eletrônico (Google Docs), com abertura imediata ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sendo o seu preenchimento condição obrigatória para abertura das páginas seguintes.

O questionário constava de duas partes: a primeira fazia referência à caracterização dos juízes, e a segunda referiu-se às variáveis dos aspectos, sendo avaliados: objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, funcionalidade e usabilidade. Cada aspecto do protocolo foi avaliado, de acordo com escala do tipo Likert, sendo: concordo totalmente, concordo, nem concordo/nem discordo, discordo, discordo totalmente. Nos itens em que houvesse discordância, o especialista poderia sugerir modificações quanto ao conteúdo proposto. Este processo foi conduzido pela técnica Delphi⁽⁸⁾ e os juízes responderam por meio de duas rodadas.

Responderam aos questionários 29 participantes do Brasil e 47 de Portugal. Todavia, cinco participantes de Portugal foram excluídos, pois não se enquadravam aos critérios de inclusão estabelecidos. Dessa forma a amostra inicial foi constituída por 71 sujeitos.

Para avaliar a validade do conteúdo foi aplicado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de concordância entre os juízes sobre os itens. Os autores recomendam que a taxa ou escore de IVC encontrado em cada item não deve ser inferior a 0,80⁽⁸⁾. Para o cálculo do IVC foram agrupadas as respostas do “concordo fortemente” e “concordo” como concordância e agrupadas as respostas do “discordo”, “discordo fortemente” e “nem concordo/nem discordo” como discordância.

Na primeira rodada de opiniões o IVC foi superior a 0,80 em todos os itens analisados, porém com sugestões. Assim, foi criado uma nova versão do protocolo e, posteriormente, uma segunda rodada de opiniões foi solicitada. Optou-se por criar um novo instrumento de validação, de forma que cada participante validasse somente as alterações efetuadas. Desse modo, na segunda rodada, foi enviado, via correio eletrônico, aos 71 participantes da primeira rodada, outro convite para participação e novo link eletrônico para acesso ao TCLE, instrumento de validação, disponibilizado pelo Google Forms e protocolo reformulado. Responderam a essa rodada do estudo 50 juízes (24 do Brasil e 26 de Portugal).

Os dados coletados foram exportados do Google Forms diretamente para uma planilha do Microsoft Excel e, posteriormente analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 22 (Windows). Foi realizada análise estatística exploratória, utilizou-se medidas de tendência central (médias) e de dispersão (máximo e mínimo), assim como a análise de frequências relativas e percentuais. Os dados foram coletados mediante autorização ética, que ocorreu sob número CAAE 53245116.1.0000.5393.

RESULTADOS

A parte descritiva do protocolo foi desenvolvida a partir das revisão da literatura⁽⁶⁾ e posteriormente subdivida em tópicos: Introdução; Fatores de risco para RU; Avaliação da RU; Coleta de dados (Anamnese, Inspeção, Percussão e Palpação); Utilização de US; Uso do US; Parâmetros clínicos e de volume de urina considerados como RU; Fatores que interferem na mensuração de urina durante o uso do US.

| | |
|--|---|
| Introdução | A RU pode ser definida como o esvaziamento vesical incompleto, como a acumulação involuntária de urina na bexiga, esvaziamento incompleto da bexiga associado à perda da sua função muscular, efeitos secundários da medicação narcótica ou lesão da bexiga. Outros autores definem a RU ainda como a incapacidade de eliminar completa ou parcialmente a urina acumulada na bexiga. É um problema comum entre os pacientes hospitalizados, com prevalência estimada em cerca de 7,0% a 52,0%. |
| Fatores de risco | Diabetes mellitus tipo 1; Hipertrofia da próstata; Constipação intestinal/Obstipação - Prisão de ventre; Estreitamento e edema da uretra resultante do parto; Vivência do período perioperatório; Idade avançada; Patologia uretral (infecção, tumor, cálculo); Distúrbios neurológicos, lesão raquimedular, esclerose múltipla ou doença de Parkinson; Uso de algumas medicações; Ansiedade emocional. |
| Protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de retenção urinária em pacientes adultos | |
| Etapa 1. Coleta de Dados | Higienização das mãos; Revisar prontuário, identificar o tipo de paciente, observar o horário da última micção e/ou o uso de cateter urinário; Identificar o paciente; Verificar o ambiente; Promover privacidade do paciente, explicar o procedimento e obter o seu consentimento. |
| Anamnese | Ouvir a queixa; Indagar o paciente quando ele urinou pela última vez; Indagar se sente dor abdominal, se sim, solicitar que indique o local da dor, a intensidade (utilizar escala), o tipo de dor, o início e a duração; Indagar se o paciente sente a “bexiga cheia”; Indagar a quantidade de líquidos ingeridos nas últimas horas; Indagar a frequência e as características da micção usual; Indagar se faz uso de medicações. Identificar possível associação da RU pelo uso de medicações. |
| Inspeção | Observar se a região suprapúbica do paciente apresenta uma curvatura convexa. |
| Percussão | Percutir delicadamente a região suprapúbica do paciente à procura de som maciço, de maneira indireta com técnica digito-digital. |
| Palpação | Palpar delicadamente a região suprapúbica do paciente à procura de dor ou distensão da bexiga, com a mão espalmada. |
| Etapa 2. Justificativa do uso do Ultrassom Portátil de Bexiga | Fornece indicações precisas e confiáveis de volume na bexiga; Determina a necessidade ou não da realização do cateterismo urinário; Reduz taxas de ITU e de trauma de uretra associadas ao uso de cateterismo urinário; Reduz o desconforto do paciente, custos com o tratamento e dias de hospitalização; O uso do US apresenta alto grau de precisão. Equipara-se ao uso do cateterismo urinário para mensurar o volume de urina na bexiga; Se indício de RU pelos achados clínicos anteriores, as informações devem ser corroboradas pelo uso do US. |
| Uso do Ultrassom Portátil de Bexiga modelo BladderScan® BVI 3000 | Realizar a higienização das mãos; Preparar o US com os equipamentos necessários (gel condutor, luva de procedimento, papel ou compressa de tecido para remover o gel) à cabeceira do leito; Promover a privacidade do paciente; Explicar o procedimento e obter o consentimento do paciente; Investigar fatores que podem interferir na mensuração do volume de urina durante o uso do US; Ajustar o leito à posição de trabalho confortável; Colocar o paciente em decúbito dorsal ou na posição de Fowler; Expor a região abdominal do paciente; Posicionar-se ao lado direito ou esquerdo do paciente, dependendo da mão dominante; Calçar luvas de procedimento; Realizar a limpeza do transdutor utilizando uma compressa de pano ou um papel-toalha com líquido de limpeza adequado; Pressionar o botão “On (Ligar)”. Esperar até que o dispositivo aqueça; Pressionar o botão “Scan (Iniciar)” para ativar o monitor; Pressionar o botão apropriado para selecionar o gênero; Para pacientes do sexo feminino submetidas à histerectomia, pressionar o botão do gênero masculino; Para localizar o local de administração do gel condutor para utilização do US (cerca de três centímetros acima da sínfise púbica), palpar com a mão espalmada a região suprapúbica do paciente delicadamente; Administrar uma quantidade suficiente de gel condutor na linha média do abdômen do paciente; Posicionar o transdutor do US com o ícone direcional em direção à cabeça do paciente, sobre o gel condutor aplicado na região suprapúbica; Direcionar o transdutor do US para a região da bexiga, levemente para baixo em direção ao cóccix; Pressionar e soltar o botão “Scan (Iniciar)”; Observar a imagem transmitida no monitor do US; Para garantir uma medida correta ajustar o transdutor de modo a centralizar a imagem da bexiga nas barras transversais; Pressionar e segurar o botão “Done (Pronto)” até ouvir um bipe; Ler a medida de volume apresentada no monitor; Para registro imprimir os resultados encontrados, pressionando o botão “Print (Imprimir)”; Utilizar uma compressa de pano ou um papel-toalha para remover o gel remanescente do abdômen do paciente; Realizar a limpeza do transdutor utilizando uma compressa de pano ou um papel-toalha com líquido de limpeza adequado; Pressionar o botão “Off (Desligar)”; Posicionar o paciente confortavelmente; Retirar as luvas de procedimento; Realizar a higienização das mãos. |
| Etapa 3. Parâmetros clínicos e de volume de urina considerados como RU | Na clínica obstétrica: ≥400 mililitros (mL) de urina na bexiga, associado à ausência de micção espontânea após seis horas da ocorrência do parto normal ou da remoção do cateter de demora em parto cesárea; Na clínica obstétrica: ≥150 mL de volume de urina retido na bexiga, pós-micção espontânea; Na clínica de reabilitação: >400 mL de volume de urina na bexiga para paciente que não apresenta micção espontânea; Na clínica de reabilitação: >100 mL de volume de urina retido na bexiga, pós-micção espontânea; No período pós-operatório, |

| | |
|--|---|
| | dificuldade para a micção espontânea após seis horas da cirurgia; dificuldade para a micção espontânea após seis horas da remoção do cateter urinário de demora; e/ou volume de urina retido na bexiga ≥ 400 mL. |
| Fatores que interferem na mensuração do volume de urina durante o uso do US | Obesidade, ascite, tecido cicatricial, suturas de incisão e grampos na região abdominal e constipação intestinal/obstipação - prisão de ventre; Volumes vesicais >1000 mL; Cistos ovarianos ou mioma uterino, volume aumentado de lóquios intrauterino, hysterectomia, prolapso uterino e gravidez; Pacientes com fibrose cirúrgica abdominal, com patologia pélvica ou em diálise peritoneal; Pacientes com aumento da quantidade de líquido intestinal. |

Quadro 1 Síntese do protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de retenção urinária em pacientes adultos. Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2016

O Quadro 1 apresenta um sumário do protocolo proposto e a Figura 1 descreve o Folheto ilustrativo que exemplifica o Uso do US modelo BladderScan® BVI 3000.

Protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de retenção urinária em pacientes adultos com o uso do Ultrassom Portátil de Bexiga



Figura 1 Folheto ilustrativo que exemplifica o item "Uso do US modelo BladderScan® BVI 3000". Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016

Após a construção do protocolo, a validação foi iniciada. Assim, na primeira rodada Delphi participaram 71 juízes, três médicos e 68 enfermeiros. A Tabela 1 mostra a caracterização dos experts.

Tabela 1 Características dos juízes, de acordo com o gênero, titulação e exercício profissional atual (n= 71). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016

| Variáveis | Brasil f (%) | Portugal f (%) |
|--|------------------------|--------------------------|
| <i>Participantes</i> | 29 (100%) | 42 (100%) |
| <i>Gênero</i> | | |
| Feminino | 20 (69,0%) | 24 (57,1%) |
| Masculino | 9 (31,0%) | 18 (42,9%) |
| <i>Pós Graduação</i> | | |
| Especialização | 9 (31,0%) | 12 (28,6%) |
| Mestrado | 10 (34,5%) | 29 (69,0%) |
| Doutorado | 7 (24,1%) | - |
| Pós-doutorado | 1 (3,4%) | - |
| Residência Médica | 2 (6,8%) | 1 (2,4%) |
| <i>Área de atuação atual</i> | | |
| Assistencial | 15 (51,7%) | 38 (90,5%) |
| Ensino | 10 (34,5%) | 1 (2,4%) |
| Gestão | 4 (13,8%) | 3 (7,1%) |
| <i>Tempo experiência profissional (anos)</i> | | |
| Mínimo | 13 | 17 |
| Máximo | 34 | 36 |
| <i>Participação em eventos (últimos 5 anos)</i> | 28 (97,0%) | 34 (81,0%) |
| <i>Prática clínica dois anos com pacientes com diagnóstico de RU</i> | 25 (86,2%) | 37 (88,1%) |
| <i>Uso do ultrassom portátil da prática clínica</i> (Indicado modelo Verathon Bladder Scan BVI 3000®) | 6 (20,7%) | 12 (28,6%) |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto aos aspectos avaliados pelos juízes: objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, funcionalidade e usabilidade do protocolo, todos os itens alcançaram IVC $\geq 0,90$. Apesar do alto índice, os participantes expressaram as seguintes sugestões: 1) quanto ao conteúdo: inserir referências dos autores que definem a RU; descrever produto ideal de desinfecção do US, descrever as classes de medicações que podem causar a RU, na anamnese incluir inquérito de perdas de urina por gotejamento e agitação sem motivo aparente; melhorar linguagem sobre posicionamento do leito e declarar o preparo do equipamento e procedimento a beira do leito. No folheto: apontar com seta o local de uso do US, incluir a higienização das mãos ao final de cada etapa, e incluir o registro de enfermagem.

As sugestões apresentadas pelos juízes foram analisadas e comparadas com a literatura e a seguir acatadas pela pesquisadora. A segunda rodada Delphi teve a participação de 50 juízes (24 do Brasil e 26 de Portugal), e a perda de participantes não mudou o perfil da amostra.

Nesta rodada, o protocolo reestruturado foi avaliado pelos juízes por meio do instrumento de validação, e cada participante validou apenas as alterações realizadas, e obteve um IVC de $\geq 0,92$.

DISCUSSÃO

A Enfermagem tem procurado objetividade nas avaliações que comprovam a efetividade das suas intervenções, o que leva pesquisadores à busca de indicadores para aplicação na prática clínica⁽⁹⁾. Nesse estudo, pretendeu-se propor e validar um protocolo de avaliação clínica para diagnóstico de enfermagem de RU em pacientes adultos baseado em evidências científicas.

Para a construção do protocolo foram sintetizadas as principais evidências⁽⁶⁾ sobre o assunto, entre as quais merece destaque o uso do US para o diagnóstico preciso da RU.

O US é um equipamento compacto, efetivo e confiável que pode ser utilizado à beira do leito, após treinamento. Têm sido efetivamente empregado junto à pacientes no período perioperatório, com acometimento neurológico, e em processo de

reabilitação. Desta forma, evita o cateterismo urinário desnecessário e, conseqüentemente, os riscos de ITU ou indica seu uso adequado o que impossibilita a hiperdistensão da bexiga e a lesão do detrusor. Além disso, qualifica a assistência e minimiza o tempo de trabalho do profissional⁽¹⁰⁾.

Associado a anamnese e a coleta de dados que relacionam os fatores predisponentes para o desenvolvimento da RU: Diabetes melittus tipo 1; Hipertrofia da próstata; Constipação intestinal/Obstipação - Prisão de ventre; Estreitamento e edema da uretra resultante do parto; Vivência do período perioperatório; Idade avançada; Patologia uretral (infecção, tumor, cálculo); Distúrbios neurológicos, lesão raquimedular, esclerose múltipla ou doença de Parkinson; Uso de medicações; Ansiedade emocional, o US, assegura o diagnóstico do paciente, mesmo na presença de pequenos volumes de urina, por exemplo 100 mL, o que torna a palpação da bexiga desnecessária, uma vez que ela só pode ser palpada a nível da sínfise púbica quando abriga cerca de 500 mL de urina⁽¹¹⁾.

O presente protocolo construído procurou sintetizar os itens da coleta de dados, anamnese, exame físico e o uso do US para garantir uma avaliação clínica sistematizada do paciente adulto para o diagnóstico da RU. Nesse sentido, foi fundamental a participação do painel de especialistas para a fidedignidade dos resultados e também para garantir que a pesquisa alcançasse seus objetivos. Os especialistas apresentaram alto grau de expertise e concordância com IVC $\geq 0,92$.

Entre os itens validados pelos juízes destaca-se considerar enquanto RU, os seguintes parâmetros clínicos: na clínica obstétrica volume retido de ≥ 400 mL de urina na bexiga, associado à ausência de micção espontânea após seis horas da ocorrência do parto normal ou da remoção do cateter de demora em parto cesárea⁽¹²⁾; na clínica obstétrica volume de urina ≥ 150 mL de volume de urina retido na bexiga, pós-micção espontânea⁽¹³⁾; na clínica de reabilitação volume de urina retido na bexiga >400 mL em pacientes que não apresentam micção espontânea⁽¹⁴⁾; na clínica de reabilitação volume de urina retido na bexiga >100 mL pós-micção espontânea⁽¹⁴⁾; no período pós-operatório dificuldade para a micção espontânea após seis horas da cirurgia ou dificuldade para a micção espontânea após seis horas da remoção do cateter urinário de demora ou ainda volume de urina retido na bexiga ≥ 400 mL⁽¹⁵⁾.

A opinião dos experts permitiu ainda incorporar alguns itens ao documento, como a higienização das mãos, a limpeza do equipamento, itens relacionados à anamnese e ao registro de enfermagem. A higienização das mãos é uma medida importante, que deve sempre ser lembrado aos profissionais de saúde. É reconhecida como um elemento fundamental para diminuir a incidência de infecções hospitalares, uma vez que as mãos dos profissionais de saúde representam um dos principais mecanismos de transmissão das infecções relacionadas à assistência à saúde⁽¹⁶⁾.

A limpeza do US deve ser realizada com o produto indicado pelo fabricante do equipamento, uma vez que os transdutores dos aparelhos de ultrassom são utensílios frágeis, que contêm um arranjo de cristais piezoelétricos, revestidos por um recipiente composto de plástico e borracha, e o uso de produtos abrasivos pode danificá-los⁽¹⁷⁾.

Os registros de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações relacionadas ao paciente e aos cuidados prestados ao mesmo⁽¹⁸⁾.

Foi ainda acrescentado no item Anamnese as sugestões “perdas urinárias” e “agitação do paciente sem motivo aparente”, visando melhorar o método subjetivo da avaliação clínica e também, valorizar a opinião do paciente sobre a sua condição de saúde.

A RU é diagnóstico de enfermagem frequente na prática clínica, direciona intervenções e a mensuração dos resultados, o que aprimora a comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais e oferece informações sobre as contribuições na qualidade do atendimento em saúde. O diagnóstico de enfermagem é estabelecido na prática clínica em virtude do pensamento crítico e análise de dados resultantes da entrevista, exame físico e leitura de exames⁽²⁾. A criação de um protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de RU em pacientes adultos colabora para a adequação das práticas.

Protocolos construídos baseados em evidências indicam as melhores opções de cuidado. Têm a intenção de aprimorar a assistência prestada, contribuir com o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e determinar limites de ação e cooperação entre os diferentes profissionais⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

O protocolo de diagnóstico de enfermagem de RU em pacientes adultos construído nesse estudo mapeou as melhores evidências sobre o assunto e buscou consenso entre especialistas para reforçar itens relevantes. Proposto na língua portuguesa dentro do novo acordo ortográfico, e a opinião dos experts demonstrou que o conteúdo abordado é apropriado e pertinente ao uso.

Espera-se que o protocolo validado possa contribuir com intervenções e ações seguras, na perspectiva de superação das dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na execução do diagnóstico da RU, colaborar para o debate e a reflexão sobre a assistência ao paciente adulto em RU tanto no ensino, como na prática clínica.

Acredita-se que futuras pesquisas nessa temática são essenciais para avaliação da aplicação prática e viabilidade do uso do protocolo em diferentes realidades assistenciais.

Não há conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

- 1 Serlin DC, Heidelbaugh JJ, Stoffel JT. Urinary Retention in Adults: Evaluation and Initial Management. *Am Fam Physician*. 2018 [citado 2020 jan 20];98(8):496-503. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2018/1015/p496.pdf>
- 2 Santos IMR, Dantas HLL, Silva JC, Silva DP, Torres PMF. A importância da anamnese e do exame físico para a prática de enfermagem: relato sobre a experiência acadêmica. *GEP NEWS*. 2018 [citado 2020 jan 20];2(2):157-62. Disponível em: <http://200.17.114.107/index.php/gepnews/article/viewFile/5540/3826>
- 3 Heardman TH, Kamitsuru S. (Eds.). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- 4 Prentice DM, Sona C, Wessman BT, Ablordeppey EA, Isakow W, Arroyo C, et al. Discrepancies in measuring bladder volumes with bedside ultrasound and bladder scanning in the intensive care unit: A pilot study. *J Intensive Care Soc*. 2018;19(2):122-26. doi: <https://doi.org/10.1177/1751143717740805>
- 5 Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Solha RKT, Souza W. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015 [citado 2020 jan 20]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>
- 6 Jorge BM, Mazzo A, Napoleão AA, Bianchini A. Scientific evidence of urinary retention diagnostic practices: scoping review. *Rev enferm UERJ*. 2018;26:e25840. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.25840>
- 7 Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EMC. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Rev. arq. ciênc. saúde*. 2015;22(2):16-21. doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>
- 8 Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(7):3061-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- 9 Marinho PML, Campos MPA, Rodrigues EOL, Gois CFL, Barreto IDC. Construction and validation of a tool to assess the use of light technologies at intensive care units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2816. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1002.2816>
- 10 Hoke N, Bradway C. A Clinical Nurse Specialist-Directed Initiative to Reduce Postoperative Urinary Retention in Spinal Surgery Patients. *Am J Nurs*. 2016;116(8):47-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000490176.22393.69>
- 11 Ozturk NK, Kavakli AS. Use of bladder volume measurement assessed with ultrasound to predict postoperative urinary retention. *North Clin Istanb*. 2016;3(3):209-16. doi: <http://dx.doi.org/10.14744/nci.2016.03164>
- 12 Neron M, Fattori B, Monforte M, Mares P, de Tayrac R, Letouzey V. Evaluation of urine postvoid residuals in post-partum period: a prospective and descriptive clinical study. *Prog Urol*. 2015;25(4):211-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.purol.2014.09.043>
- 13 Polat M, Şentürk MB, Pulatoğlu Ç, Doğan O, Kılıççı Ç, Budak MŞ. Postpartum urinary retention: Evaluation of risk factors. *Turk J Obstet Gynecol*. 2018;15:70-4. doi: <https://doi.org/10.4274/tjod.43931>
- 14 Kim TG, Chun MH, Chang MC, Yang S. Outcomes of drug-resistant urinary retention in patients in the early stage of stroke. *Ann Rehabil Med*. 2015;39(2):262-7. doi: <https://doi.org/10.5535/arm.2015.39.2.262>
- 15 Brouwer TA, van den Boogaard C, van Roon EN, Kalkman CJ, Veeger N. Non-invasive bladder volume measurement for the prevention of postoperative urinary retention: validation of two ultrasound devices in a clinical setting. *J Clin Monit Comput*. 2018;32(6):1117-26. doi: <https://doi.org/10.1007/s10877-018-0123-6>
- 16 Magnago TSBS, Dal Ongaro J, Greco PBT, Lanes TC, Zottele C, Gonçalves NG, et al. Infrastructure for hand hygiene in a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180193. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180193>
- 17 Miyague AH, Mauad FM, Martins WP, Benedetti ACG, Ferreira AEGMT, Mauad-Filho F. Ultrasound scan as a potential source of nosocomial and cross-infection: a literature review. *Radiol Bras*. 2015;48(5):319-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0002>
- 18 Nomura ATGa, Silva MB, Almeida MA. Quality of nursing documentation before and after the Hospital Accreditation in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2813. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0686.2813>