

# Conflito decisional de pacientes com lesão medular que realizam cateterismo uretral intermitente

Decisional conflict in patients with spinal cord injury who perform intermittent urethral catheterization

Conflicto decisional de pacientes con lesión medular que realizan cateterismo uretral intermitente

Cintia Maria Tanure Bacelar Antunes<sup>1,2</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-6699-7681>

Luciana Neves da Silva Bampi<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-0792-759X>

Lucimar de Paula Rodrigues<sup>3</sup>  <https://orcid.org/00009-0007-9986-8983>

Francino Machado de Azevedo Filho<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-5878-6443>

## Como citar:

Antunes CM, Bampi LN, Rodrigues LP, Azevedo Filho FM. Conflito decisional de pacientes com lesão medular que realizam cateterismo uretral intermitente. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE02454.

## DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024A000002454>



## Descritores

Preferência do paciente; Tomada de decisões; Traumatismos da medula espinhal; Cateterismo uretral intermitente; Bexiga urinária neurogênica; Inquéritos e questionários

## Keywords

Patient preference; Decision make; Spinal cord injuries; Intermittent urethral catheterization; Urinary bladder, neurogenic; Surveys and questionnaires

## Descriptores

Prioridad del paciente; Toma de ddecisiones; Traumatismos de la médula espinal; Cateterismo uretral intermitente; Vejiga urinaria neurogênica; Encuestas y cuestionarios

## Submetido

1 de Outubro de 2023

## Aceito

19 de Março de 2024

## Autor correspondente

Cintia Maria Tanure Bacelar Antunes  
E-mail: [cintiatanure@gmail.com](mailto:cintiatanure@gmail.com)

## Editor Associado

Edvane Birelo Lopes De Domenico  
(<https://orcid.org/0000-0001-7455-1727>)  
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Identificar o conflito de decisão de pacientes com lesão medular frente ao cateterismo intermitente limpo.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal, e quantitativo, que utilizou duas ferramentas de pesquisa, um questionário sociodemográfico e clínico e a versão brasileira da *Decisional Conflict Scale*. A investigação foi empreendida com uma amostra não probabilística em um hospital público especializado em reabilitação no Distrito Federal. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística inferencial e descritiva de tendência central e de dispersão utilizando-se frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão. O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e todos os participantes aderiram ao termo de consentimento livre e esclarecido.

**Resultados:** A pesquisa envolveu 30 pacientes, sendo a maioria homens, com idade média de 32,43 anos. Destes 16 realizavam o auto cateterismo e 14 eram submetidos ao cateterismo assistido. O conflito de decisão foi identificado em metade dos pacientes, predominantemente entre os com menor tempo de lesão medular e período de realização do cateterismo. A lacuna de informações e a falta de suporte para a realização do procedimento foram os fatores preponderantes para a ocorrência do conflito de decisão.

**Conclusão:** O tempo de lesão e de realização do cateterismo parecem influenciar na aquisição de habilidades e conhecimentos na realização do cateterismo, manifestando-se com acentuado conflito decisório logo após a lesão. Suporte decisional e autocuidado apoiado podem contribuir para melhor engajamento do paciente.

## Abstract

**Objective:** To identify the decisional conflict of patients with spinal cord injury who perform clean intermittent catheterization.

**Methods:** An observational, cross-sectional, quantitative study was conducted using two research tools: a sociodemographic/clinical questionnaire and the Brazilian version of the Decisional Conflict Scale. The research was carried out with a non-probabilistic sample in a public hospital specializing in rehabilitation in the Federal District. The data collected was analyzed using inferential and descriptive statistics of central tendency and dispersion using absolute and relative frequencies, mean, and standard deviation. The research protocol was evaluated and approved by the Research Ethics Committee of the Federal District Health Secretariat and all participants signed an informed consent form.

**Results:** The study involved 30 patients, most of whom were men, with a mean age of 32.43 years. Of these, 16 performed self-catheterization and 14 underwent assisted catheterization. Conflict of decision was

<sup>1</sup>Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital de Apoio, Secretaria de Estado de Saúde de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup>Hospital Sarah Brasília Lago Norte, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

identified in half of the patients, predominantly among those with a shorter period of spinal cord injury and period of catheterization. The information gap and the lack of support for the procedure were the main factors in decisional conflicts.

**Conclusion:** The time since the injury and the period during which the catheterization was performed seem to influence the acquisition of skills and knowledge in performing the procedure, showing a marked decisional conflict soon after the injury. Decisional support and supported self-care can contribute to better patient engagement.

## Resumen

**Objetivo:** Identificar los conflictos de decisión de pacientes con lesión medular respecto al cateterismo intermitente limpio.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y cuantitativo, en el que se utilizaron dos herramientas de investigación, un cuestionario sociodemográfico y clínico y la versión brasileña de la *Decisional Conflict Scale*. La investigación se llevó a cabo con una muestra no probabilística en un hospital público especializado en rehabilitación en el Distrito Federal. Los datos recopilados se analizaron mediante estadística inferencial y descriptiva de tendencia central y de dispersión, con el uso de frecuencia absoluta y relativa, promedio y desviación típica. El protocolo de investigación fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y todos los participantes adhirieron al consentimiento informado.

**Resultados:** Participaron 30 pacientes en el estudio, la mayoría hombres, de 32,43 años de edad promedio. Del total, 16 realizaban el autocateterismo y 14 el cateterismo asistido. Se identificaron conflictos de decisión en la mitad de los pacientes, de forma predominante en aquellos con menor tiempo de lesión medular y período de realización del cateterismo. El vacío de información y la falta de apoyo para la realización del procedimiento fueron los factores preponderantes para los casos de conflicto de decisión.

**Conclusión:** El tiempo de lesión y de realización del cateterismo parecen influir en la adquisición de habilidades y conocimientos para la realización del cateterismo, y se manifiesta con un elevado conflicto decisivo poco después de la lesión. El apoyo en la decisión y el autocuidado con apoyo pueden contribuir para que el paciente se comprometa más.

## Introdução

A inclusão do paciente no processo decisório sobre sua saúde tornou-se tema central de discussão em vários países e nos mais diversos níveis de cuidados à saúde. Para que a participação seja efetiva e de alta qualidade, a determinação das opções disponíveis para cada caso deve ser baseada nas melhores evidências científicas aplicáveis, esclarecendo benefícios e riscos de cada alternativa. Devem ser incluídos ainda os valores e as preferências do paciente no processo decisório sobre o curso de ação a tomar.<sup>(1)</sup> Esse modelo de relacionamento clínico baseia-se no referencial teórico do Cuidado Centrado no Paciente (CCP), que preconiza o cuidado em saúde respeitoso e responsivo aos desejos do paciente.<sup>(2)</sup>

Diante de múltiplas opções podem ocorrer, no entanto, dúvidas sobre qual a melhor para definir o que realmente se encaixa na vida do paciente. Esta insegurança é conhecida como conflito decisional, que é um estado de incerteza sobre o curso de ação a tomar, quando a decisão entre ações concorrentes envolve risco, perda, arrependimento ou desafios aos valores de vida pessoal.<sup>(1,3)</sup> O conflito na tomada de decisão foi reconhecido como um diagnóstico de enfermagem e incorporado pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).<sup>(4)</sup>

As manifestações mais frequentes de conflito decisional são a verbalização da incerteza, questionamento de valores pessoais envolvidos, preocupação com a decisão, sofrimento para decidir, sinais físicos de estresse emocional, vacilação e atraso na decisão.<sup>(1)</sup> Mensurar o conflito de decisão e os fatores que impactam o paciente no processo de tomada de decisão pode ser útil para avaliar o impacto do suporte à decisão ofertado ao paciente, a exemplo de informações sobre saúde, esclarecimentos sobre as opções disponíveis, benefícios e riscos. Essa mensuração pode ser determinante para direcionar melhor a ação do profissional de saúde e considerar as necessidades e preferências do paciente durante o processo decisório.<sup>(5)</sup>

Pacientes com lesão medular (LM) podem necessitar de adaptações para responder a diferentes necessidades físicas e psicossociais por tempo prolongado e o acompanhamento inadequado dessas demandas tem sido relatado nos mais diversos níveis de atenção à saúde.<sup>(6)</sup> Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelos pacientes com LM, a disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI) e o manejo adequado dessa alteração são frequentemente citados.<sup>(6)</sup> Em pesquisa nacional, o problema foi referido por 68,8% dos participantes, enfatizando o desafio de resolver decisões simultâneas sobre tratamentos e procedimentos a partir do diagnóstico de LM.<sup>(7)</sup>

A DNTUI dificulta o esvaziamento adequado da urina retida na bexiga causando retenção e/ou incontinência urinária e, conseqüentemente, infecções urinárias. O cateterismo intermitente limpo (CIL) realizado pelo próprio paciente é considerado o padrão ouro para o manejo da DNTUI.<sup>(8,9)</sup> O CIL consiste na passagem de um cateter, em intervalos regulares, através da uretra até a bexiga para drenagem da urina, com posterior retirada do cateter.<sup>(8,9)</sup>

Por se tratar de algo novo, invasivo, que causará mudanças na vida diária do paciente, a adoção do CIL gera dúvidas, insegurança e até mesmo recusa em realizar o procedimento. Nesse contexto surgiu a seguinte questão de pesquisa: pacientes com lesão medular, que realizam cateterismo intermitente limpo, apresentam conflito de decisão?

Assim, o objetivo da presente pesquisa foi identificar o conflito de decisão frente à realização de CIL, como técnica de manejo da bexiga neurogênica (BN), bem como os fatores relacionados a esse conflito.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal e quantitativa. Realizada em um hospital público especializado em reabilitação no Distrito Federal, com 30 pessoas, que realizavam CIL. A amostra não probabilística incluiu pacientes atendidos nas unidades de internação (PI) e no ambulatório (PA), durante 4 meses (setembro a janeiro de 2018), com lesão medular, traumática e não-traumática e indicação de CIL para manejo da DNTUI. Todos eram maiores de 16 anos e alfabetizados.

Utilizou-se dois instrumentos para a coleta de dados, um questionário sociodemográfico e clínico e a versão brasileira validada da *Decisional Conflict Scale* (DCS). A Escala de Conflito na Tomada de Decisão (ECTD) é a versão tradicional em português falado no Brasil da DCS.<sup>(10)</sup> Na tradução do instrumento para o português de Portugal foi recomendado a adaptação cultural, mesmo para outros países que utilizassem a língua.<sup>(11)</sup>

A DCS é uma escala multidimensional, utilizada para identificar a presença de conflito perante uma deci-

são em saúde, os fatores que contribuem com a incerteza e a qualidade da decisão tomada.<sup>(3)</sup> A escala foi traduzida e validada em mais de 20 países, 13 línguas, sendo utilizada em 253 investigações para mensurar o impacto de intervenções de suporte ao paciente nos últimos vinte anos.<sup>(11)</sup> É descrita como uma ferramenta de alta confiabilidade, com *Alpha de Cronbach* com valor de 0,88 (subescala 1) e 0,89 (subescala 2), que discrimina os que tomam ou que atrasam decisões e auxilia na avaliação entre diferentes intervenções de apoio à decisão.<sup>(5)</sup>

Os itens da ECTD são mensurados através de escala *Likert* com pontuação variando entre zero (concordo fortemente) a quatro (discordo fortemente). Os resultados das respostas foram somados e divididos por 16 e multiplicados por 25.<sup>(12)</sup> As pontuações foram padronizadas para variar de 0 (sem conflito de decisão) a 100 pontos (conflito de decisão extremo). Pontuações de 25 ou menos estão associadas a ausência de conflito, enquanto as pontuações superiores a 37,5 estão associadas a presença de conflito e ao atraso na tomada de decisões.<sup>(12)</sup>

A ECTD possui duas subescalas, a primeira está relacionada a Decisão, Incerteza do paciente e ao Suporte para a decisão (DIS), é composta pelos itens de 7 a 16. A segunda se refere a Informação repassada e aos Valores do paciente envolvidos na deliberação (INV). O cálculo em ambas é realizado pelo somatório das respostas, divisão pelo número de itens e multiplicado por 25.<sup>(10)</sup>

Os dados coletados foram organizados e tabulados no *software* Microsoft Excel®, e posteriormente analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24. A caracterização da amostra foi realizada por meio de análise descritiva de tendência central e de dispersão, utilizando-se frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão. Foram testados pressupostos de normalidade através do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para verificar associação entre as variáveis foram utilizados os testes de Spearman (contínuas) e Mann-Whitney (categóricas com contínuas). Adotou-se nível de significância de  $p < 0,05$ .

O protocolo de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria da Saúde do Distrito Federal sob o identi-

ficador CAAE: 67372017.6.0000.5553, protocolo nº 2.080.560. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologias adotadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de menor de idade, o TCLE foi assinado pelo responsável, enquanto o menor assinou o termo de assentimento.

## Resultados

### Perfil da amostra estudada

Participaram da pesquisa 30 pacientes com LM, DNTUI e CIL. A amostra foi composta por 24(80%) homens e 6(20%) mulheres, com idade média de 32,43(+11,46) anos. A maioria 22(73,3%) eram solteiros e não trabalhavam 24(80%). Na variável escolaridade observou-se predomínio do ensino médio incompleto 10(33,3%), seguido por fundamental incompleto 7(23,3%) e ensino médio completo 6(20%). As LM traumáticas foram as mais frequentes 25(83,3%) casos. Eventos por projétil de arma do fogo (PAF) surgiram em primeiro lugar com 13(43,3%) casos, seguidos por acidentes automobilísticos 7(23,3%) (Tabela 1).

Houve predomínio de pacientes com paraplegia 17(56,70%) casos. Entre os PI, no entanto, houve maior prevalência de pacientes com tetraplegia. O tempo médio de lesão foi 761 dias, sendo 252 dias a média dos PI e 1269 dias a dos PA. O tempo médio de permanência dos PI foi de 156,14 dias. Em relação ao CIL, 15(50%) pacientes realizavam o auto cateterismo e 14 eram submetidas ao cateterismo assistido, ou seja, realizado por outra pessoa (familiar ou cuidador). Os pacientes realizavam CIL há 318,50(+958,64) dias, em média, sendo que nos PA o valor médio era de 1203,20(+1144,99) e nos PI era de 158,33(+88,10) dias. No que tange a frequência com que realizavam o CIL em 24 horas, os pacientes realizavam em média 5 procedimentos/dia. A maioria dos PI realizavam o procedimento a cada 4 horas durante o dia e 6 horas durante a noite. Nos PA, houve variação quanto ao intervalo, alguns faziam o procedimento a cada 8 horas, enquanto outros utilizavam intervalo de 4 horas. Os participantes também foram questionados sobre o profissional de saúde que

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, que realizam CIL, atendidos nas unidades de internação (PI) e no ambulatório (PA)

Características	Divisões	PI	PA	Total n(%)
	Classificação	Frequência	Frequência	
Sexo	Masculino	11	13	24(80)
	Feminino	4	2	6(20)
Estado Civil	Casado	3	2	5(16,7)
	Solteiro	10	12	22(73,3)
	Divorciado	2	1	3(10)
Escolaridade	Fundamental incompleto	3	4	7(23,3)
	Fundamental completo	0	4	4(13,3)
	Ensino médio incompleto	7	3	10(33,3)
	Ensino médio completo	4	2	6(20)
	Ensino superior incompleto	1	1	2(6,7)
	Pós graduação	0	1	1(3,3)
Etiologia	PAF	4	9	13(43,3)
	Acidente automobilístico	4	3	7(23,3)
	Acidente Motociclístico	1	0	1(3,3)
	MAR	1	0	1(3,3)
	Esmagamento	0	2	2(6,7)
	Queda	1	0	1(3,3)
	Não traumático	4	1	5(16,7)
	Tetraplegia	9	4	13(43,3)
	Paraplegia	6	11	17(56,7)
Nível da lesão	Cervical	9	4	13(43,3)
	Torácica	5	9	14(46,7)
	Lombo sacral	1	2	3(10)
Atividade laboral	Não	13	11	24(80)
	Sim	2	4	6(20)

PI – pacientes atendidos na unidade de internação; PA - pacientes atendidos no ambulatório; PAF – projétil de arma de fogo; MAR- mergulho em águas rasas

os orientou sobre a DNTUI, BN e as opções de manejo, dentre elas o CIL. Em 18(60%) casos a orientação foi realizada pelo médico, em 10(33,33%) pelo enfermeiro e em 2(6,66%) não se recordavam da pessoa que fez as orientações. O enfermeiro foi referenciado como o profissional que mais vezes explicou a técnica de realização do CIL 26(86,66%) vezes, o médico apareceu com 3(10%). Quando questionados sobre perdas de urina no intervalo entre os CIL, 12(40%) pacientes afirmaram não apresentar este problema, 11(36,66%) relataram perdas diárias, e 5(16,66%) descreveram perdas semanais (ao menos 1 vez por semana) e 2(6,66%) referiram perdas raras, apenas 1 ou 2 vezes por mês. Sobre a busca por informações adicionais (internet, folders, outras pessoas) 5(16,66%) pacientes relataram ter procurado esses dados, sendo 4(13,33%) PI e 1(3,33%) PA.

### Escores da escala de conflito na tomada de decisão

Dos 30 pacientes estudados, 15(50%) pacientes apresentaram conflito de decisão referente ao CIL.

Na pontuação da ECTD (Tabela 2), observou-se diferença estatisticamente significativa na pontuação entre PA (22,80 pontos) e PI (41,30 pontos). Os PI apresentam scores significativamente maiores nas duas subescalas INV e DIS.

**Tabela 2.** Escores da Escala de Conflito de Tomada de Decisão (ECTD) e subescalas

Dimensão	PI Med(IQR)	PA Med(IQR)	Total Med(IQR)	p-value*
ECTD	41,30(14,00)	22,80(15,40)	32,10(17,30)	≤0,01
DIS	35,00(15,00)	25,00(25,00)	28,00(17,40)	≤0,01
INV	50,00(16,70)	29,10(50,00)	38,80(21,40)	≤0,01

DIS - Decisão, incerteza e suporte; INV - Informação e valores; PI - Pacientes internados; PA - Pacientes ambulatoriais; Med=Mediana; IQR = Intervalo Interquartil; ECTD- Escala de Conflito na Tomada de Decisão  
\* -Teste de Mann-Whitney, p<0,05

Na Análise de correlação identificou-se que não há correlação significativa entre idade, sexo e presença de atividade laboral e o conflito de decisão em relação ao CIL (Tabela 3). Na pontuação total, pacientes com sequela neurológica de tetraplegia apresentaram pontuações maiores em relação ao conflito de decisão, quando comparados aos pacientes com paraplegia. Isso se refletiu também nas pontuações das subescalas DIS e INV. As variáveis tempo de lesão e tempo de realização de CIL (Tabela 3), apresentaram correlação indireta com o conflito, ou seja, quanto maior o tempo de lesão e de realização do CIL, menor o conflito na tomada de decisão.

## Discussão

Os homens foram maioria na amostra estudada. Esse dado corrobora estudos nacionais, que variam entre 74% e 85%,<sup>(13,14)</sup> e internacional 78% a

81%<sup>(15)</sup> sobre pessoas com LM. A predominância de adultos jovens, confirma levantamentos nacionais que encontraram idade média de 39,45.<sup>(7,14,16)</sup> Entre os problemas mais citados por esses pacientes, está a incontinência urinária decorrente da DNTUI e as consequências para a participação social desses indivíduos.<sup>(7)</sup> Encontram-se portanto, em idade produtiva e a inabilidade/impossibilidade da sociedade em incluí-los gera insatisfação referente ao direito ao trabalho influenciando diretamente na qualidade de vida.<sup>(17,18)</sup>

A maioria dos pacientes apresentou ensino fundamental (até o 9º ano) e menos de um quarto concluíram o ensino médio, demonstrando predomínio de baixa escolaridade. Esse perfil é semelhante ao encontrado em análise nas Regiões Nordeste<sup>(14)</sup> e Sudeste,<sup>(15)</sup> além de estudo que envolveu uma amostra da população brasileira.<sup>(19)</sup>

Lesões traumáticas representaram a maioria das ocorrências relacionadas à LM. Dessas quase a metade foi causada por PAF. Esta etiologia de LM, foi igualmente observada como principal em estudos em diferentes centros de reabilitação.<sup>(15,19)</sup>

O longo tempo de internação encontrado na amostra estudada relaciona-se ao fato de a instituição receber pacientes com complicações agudas, que retardam a recuperação e o início do processo de reabilitação. Com perfil semelhante, outro estudo cita período médio de internação com 130 dias.<sup>(20)</sup>

Quanto ao manejo da DNTUI, a maioria dos pacientes com paraplegia realizava o CIL sozinhos, apenas dois necessitavam de auxílio para dispor o material utilizado no procedimento. Entre os pacientes com tetraplegia o procedimento era assis-

**Tabela 3.** Correlação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e os itens da Escala de Conflito de Tomada de Decisão e as subescalas

Variáveis		DIS Med (IQR)	p-value	INV Med (IQR)	p-value	ECTD Med (IQR)	p-value
Sexo	Masculino	41,60(32,30)	0,33	28,70(33,7)	0,55	33,60(33,40)	0,53
	Feminino	50,00(8,34)		32,50(25,6)		38,30(17,90)	
Atividade laboral	Sim	50,00(16,70)	0,26	37,50(19,4)	0,11	32,00(26,50)	0,12
	Não	41,70(29,20)		27,50(33,1)		45,30(16,00)	
Sequela	Tetraplegia	50,00(20,80)	0,20	35,00(16,2)	0,04*	40,60(16,40)	0,08
	Paraplegia	41,70(37,50)		25,00(28,7)		26,60(32,80)	
Idade (CC)		0,29	0,11	0,25	0,18	0,22	0,24
Tempo de lesão (CC)		-0,55	≤0,01*	-0,34	0,07*	-0,48	≤0,01*
Tempo de CIL (CC)		-0,57	≤0,01*	-0,44	≤0,01*	-0,57	≤0,01*

DIS - subescala 1 Decisão Incerteza e Suporte; INV- subescala 2 Informação e valores; Med= Mediana; IQR = Intervalo Interquartil; ECTD = Escala de Conflito na Tomada de Decisão; CC=Coefficiente de correlação; CIL - cateterismo intermitente limpo; \* - p<0,05

tido, devido a alteração ou a perda de sensibilidade e/ou de motricidade nos membros superiores há a necessidade de que outras pessoas realizem o procedimento.

Nos PI os intervalos entre CIL foram regulares, conforme orientações recebidas na instituição. Nos PA o número e os intervalos de CIL sofreram variações. Estudos corroboram as possibilidades de mudanças em relação ao método escolhido para o esvaziamento da BN com o passar do tempo. Essas alterações resultam da junção entre o aconselhamento profissional e a preferência pessoal e estão relacionadas as necessidades individuais como: incontinência, obesidade e disreflexia autonômica.<sup>(21)</sup>

As perdas urinárias ocorreram em 60% da amostra estudada. Esse fato interfere negativamente na qualidade de vida e configura motivo para a adequação nos horários.<sup>(22)</sup> Essa ocorrência também foi relatada em estudo que revelou que 46% dos indivíduos que realizavam CIL, o faziam em intervalos próprios.<sup>(23)</sup>

Para uma decisão esclarecida sobre o CIL o paciente deve receber informações sobre as alterações fisiopatológicas da LM, consequências sobre a bexiga e a micção, possibilidades de manejo da DNTUI, BN, e os riscos e benefícios das opções.<sup>(24)</sup> Em conjunto com a análise dos próprios valores e preferências, o paciente poderá decidir adequadamente. Na presente pesquisa, as orientações sobre CIL foram realizadas em mais da metade dos casos (60%) pelo médico, dado também referenciado por outro estudo similar.<sup>(25)</sup> Um acompanhamento longitudinal identificou que o aconselhamento médico inespecífico pode motivar mudanças no manejo da DNTUI e o não seguimento das orientações do profissional.<sup>(21)</sup>

Na amostra estudada, em 86,66% dos casos o enfermeiro realizou o treinamento da técnica, esse dado coincide com informações referenciadas sobre o papel do enfermeiro educador.<sup>(24,26)</sup> A orientação do paciente é uma das funções que demandam maior tempo desse profissional na área da reabilitação, e está entre as principais intervenções sugeridas para solucionar o diagnóstico de enfermagem (NANDA) relacionado ao conflito de decisão.<sup>(4,24)</sup>

A contribuição da avaliação do conflito de decisão, por meio da ECTD, reside na possibilidade

de quantificar as incertezas e revelar os fatores que contribuem para a insegurança, durante o processo de deliberação e após a tomada de decisão.<sup>(3)</sup> A presença de 50% de conflito de decisão nos pacientes que realizam CIL sugere que, apesar de ser um procedimento considerado padrão ouro, recomendado pelas melhores evidências científicas, e realizado rotineiramente, ainda necessita ser melhor orientado ao paciente pelo profissional de enfermagem que exerce esse papel no contexto de reabilitação. Isso permitirá a compreensão adequada, reduzindo a insegurança na tomada de decisão. No contexto de manejo da DNTUI, BN, a inclusão do paciente durante todo o processo de deliberação é fortemente recomendada.<sup>(27)</sup>

A respeito dos valores médios de pontuação na ECTD, os PI apresentaram escores mais altos do que os PA. Essa informação permite pensar numa associação entre problemas para compreender e deliberar sobre CIL e o tempo de LM. O fator tempo é referenciado fortemente como influenciador na participação e na aderência do indivíduo ao CIL.<sup>(23)</sup>

A subescala DIS demonstrou menores escores nos PA em relação aos PI. Esse dado revela que os últimos apresentaram conflito na decisão efetiva e poderiam adiar a implementação do CIL. No que se refere a tomada de decisão e a adesão do paciente a um cuidado à saúde, no caso o CIL, é importante avaliar como o procedimento é percebido pelo paciente e o impacto que terá na vida e qualidade de vida.<sup>(25)</sup>

A subescala INV apresentou valores mais elevados nos dois subgrupos participantes. Indicando a presença de conflito de decisão relacionado ao esclarecimento de informações necessárias à tomada de decisão, também a clareza de valores perante decisão. Nos PI este valor atingiu escore acentuado, ratificando que itens relacionados ao conhecimento têm impacto no conflito desses pacientes. Alguns estudos ratificam que o incremento no repasse de informações sobre o procedimento, possíveis resultados, assim como a consideração de valores e necessidades do paciente durante o processo de tomada de decisão, reduzem a incerteza e aumentam a participação do paciente, gerando maior adesão.<sup>(3,27,28)</sup> Em específico, a informação

adequada sobre o processo de CIL está relacionada a adesão ao procedimento a curto e longo prazo.<sup>(29)</sup>

A correlação positiva e inversa entre tempo de lesão e tempo de cateterismo, demonstrou que a confiança do paciente aumenta à medida que ele se apropria da técnica. Essa associação também foi encontrada por estudo que avaliou a desistência de pacientes em relação a técnica CIL.<sup>(30)</sup> Na presente pesquisa, fatores como idade e gênero não apresentaram correlação com os escores da ECTD. Esses fatores também não foram correlacionados a aderência ao CIL.<sup>(31)</sup>

Os maiores escores encontrados, com a aplicação da escala, a pacientes com tetraplegia revelam que esses indivíduos apresentavam conflitos de decisão mais intensos em relação aos com paraplegia. Esse dado pode estar relacionado a impossibilidade ou dificuldade no que se refere a destreza manual no grupo com lesão medular alta, impedindo ou prejudicando que as pessoas possam realizar o procedimento. Além disso, a dependência de terceiros para a realização do CIL também foi uma queixa encontrada na literatura.<sup>(32)</sup>

Os dados apresentados precisam ser analisados com precaução visto que se trata da primeira aplicação da *Decisional Conflict Scale* (DCS) no Brasil. Neste contexto, ainda é incipiente, a consciência do paciente sobre a importância da participação nas decisões sobre sua própria saúde. Acredita-se que novas aplicações, em diferentes contextos, possam fomentar a discussão sobre a inclusão do paciente no planejamento de seus cuidados.

## Conclusão

Evidenciou-se a ocorrência de conflito de decisão entre pacientes que realizam o CIL para manejo da DNTUI, BN, sendo mais evidente naqueles com menor tempo de LM. Fatores relacionados a informação sobre o procedimento foram os que obtiveram maior influência sobre a indecisão do paciente. Nesse contexto, a educação empreendida por enfermeiros durante a reabilitação auxilia o paciente a compreender a estratégia proposta para o manejo da DNTUI, BN. Ao mesmo tempo que fundamenta a resolução de questões e o processo decisório, melhorando o en-

gajamento ao tratamento e/ou ao cuidado proposto. O enfermeiro como educador deve incluir em seu plano de cuidados maior suporte de informações ao paciente de forma a qualificar o processo de tomada de decisão sobre a realização do CIL. Deve considerar ainda no planejamento dos cuidados os desejos, os valores e as preferências do paciente de forma que a proposta faça sentido e se adeque a vida cotidiana do paciente, possibilitando efetivar a reabilitação com foco no cuidado centrado no paciente.

## Colaborações

Antunes CMTB, Bampi LNS, Rodrigues LP e Azevedo Filho FM contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Garvelink MM, Boland L, Klein K, Nguyen DV, Menear M, Bekker HL, et al. Decisional Conflict Scale use over 20 years: the anniversary review. *Med Decis Making*. 2019;39(4):301–14. Review.
2. Brickley B, Williams LT, Morgan M, Ross A, Trigger K, Ball L. Putting patients first: development of a patient advocate and general practitioner-informed model of patient-centred care. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):261.
3. O'Connor AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Making*. 1995;15(1):25–30.
4. Herdman HT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificados 2021-2023. Porto Alegre: Artmed; 2021. 568 pp.
5. Garvelink MM, Boland L, Klein K, Nguyen DV, Menear M, Bekker HL, et al. Decisional Conflict Scale Findings among Patients and Surrogates Making Health Decisions: Part II of an Anniversary Review. *Med Decis Making*. 2019;39(4):315–26. Review.
6. Lee J, Varghese J, Brooks R, Turpen BJ. A Primary care provider's guide to accessibility after spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2020;26(2):79–84.
7. Faleiros F, de Oliveira Braga DC, Schoeller SD, Henriques SH, Cunha NB, Videira LG, et al. Surveying people with spinal cord injuries in Brazil to ascertain research priorities. *Sci Rep*. 2023;13(1):654.
8. European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Neuro-urology. The Netherlands: EAU; 2023 [cited 2023 Sep 14]. Available from: <https://d56bochluxqz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Neuro-Urology-2023.pdf>
9. Grasdal M, Walter M, Krassioukov AV. The microbiological and physical properties of catheters for intermittent catheterization: a systematic review on the impact of reuse and cleaning. *Spinal Cord*. 2022;60(7):581–93. Review.

10. Antunes CM, Bampi LN, Azevedo FM, Hua FY. Adaptação transcultural e validação da Decisional Conflict Scale para utilização no Brasil. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2021;13(12):1–9.
11. Martinho MJ, Silva MM, Angelo M. Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):576–83.
12. O'Connor A. User Manual Decisional Conflict Scale. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute; 2010. pp. 1-16 [cited 2023 Sep 20]. Available from: [https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User\\_Manuals/UM\\_decisional\\_conflict.pdf](https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/User_Manuals/UM_decisional_conflict.pdf)
13. Garvelink MM, Boland L, Klein K, Nguyen DV, Menear M, Bekker HL, et al. Patients and surrogates making health decisions: part II of an anniversary review. *Med Decis Making*. 2019;39(4):315–26. Review.
14. Faleiros F, Carvalho A, Bimbatti K, Braga D, Silva SS, Martins MM, et al. Resilience in people with traumatic spinal cord injury: relationship with suicidal ideation, self-esteem, social support, life meaningfulness and life satisfaction. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2022;6(S10):1058–69.
15. Araújo AO, Ferronato DS, Rocha ID, Marcon RM, Cristante AF, Barros Filho TE. Profile of spinal cord trauma victims treated at a reference unit in São Paulo. *Coluna/Columna*. 2018;17(1):39–41.
16. The National SCI Statistical Center. Spinal cord injury (SCI) facts and figures at a glance. *J Spinal Cord Med*. 2016;39(4):493–4.
17. Rocha MA, Coura AS, França IS, Feijão AR, Almeida IJ, Aragão JS. Family functionality and coping strategies in people with spinal cord injury. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE000635.
18. Fumincelli L, Mazzo A, Martins JC, Henriques FM, Cardoso D, Rodrigues MA. Quality of life of intermitente urinary catheterization users and their caregivers: a scoping review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14(4):324–33. Review.
19. Jorge BM, Fumincelli L, Souza-Junior VD, Almeida RG, Mazzo A, Ventura CA, et al. Social Determinants of Health in the lives of urinary catheter users. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1928–33.
20. Barbeta DC, Smanioto TR, Poletto MF, Ferreira R, Lopes A, Casaro FM, et al. Spinal cord injury epidemiological profile in the Sarah Network of Rehabilitation Hospitals—a Brazilian population sample. *Spinal Cord Ser Cases*. 2018;4(4):32.
21. Anderson CE, Birkhäuser V, Jordan X, Liechti MD, Luca E, Möhr S, et al. Urological management at discharge from acute spinal cord injury rehabilitation: a descriptive analysis from a population-based prospective cohort. *Eur Urol Open Sci*. 2022;38:1–9.
22. Savic G, Frankel HL, Jamous MA, Soni BM, Charlifue S. Long-term bladder and bowel management after spinal cord injury: a 20-year longitudinal study. *Spinal Cord*. 2018;56(6):575–81.
23. Markiewicz A, Goldstine J, Nichols T. Emotional attributes, social connectivity and quality of life associated with intermittent catheterization. *Int J Urol Nurs*. 2020;14(1):27–35.
24. Seth JH, Haslam C, Panicker JN. Ensuring patient adherence to clean intermittent self-catheterization. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8(8):191–8.
25. Leach D. Teaching patients a clean intermittent self-catheterisation technique. *Br J Nurs*. 2018;27(6):296–8.
26. Adriaansens JJ, van Asbeck FW, Tepper M, Faber WX, Visser-Meily JM, de Kort LM, et al. Bladder-emptying methods, neurogenic lower urinary tract dysfunction and impact on quality of life in people with long-term spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2017;40(1):43–53.
27. Orlandin L, Nardi A, Costa RR, Mazzo A. Dificuldades de pacientes e cuidadores na realização do cateterismo intermitente limpo: revisão de escopo. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2020;18:e1520. Review.
28. Makarov D, Fagerlin A, Finkelstein J, Forcino R, Gore J, Henning G, et al. Implementation of shared decision making into urological. United States: American Urological Association. 2022. pp. 1–18.
29. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):CD006732.
30. Rodger S, Bench S. Education provision for patients following a spinal cord injury. *Br J Nurs*. 2019;28(6):377–81.
31. Joshi AD, Shukla A, Chawathe V, Gaur AK. Clean intermittent catheterization in long-term management of neurogenic bladder in spinal cord injury: patient perspective and experiences. *Int J Urol*. 2022;29(4):317–23.
32. Patel DP, Herrick JS, Stoffel JT, Elliott SP, Lenherr SM, Presson AP, Welk B, Jha A, Myers JB; Neurogenic Bladder Research Group (NBRG.org). Reasons for cessation of clean intermittent catheterization after spinal cord injury: results from the Neurogenic Bladder Research Group spinal cord injury registry. *NeuroUrol Urodyn*. 2020;39(1):211-219.