

Déficits de autocuidado relacionados à eliminação vesical e eliminação intestinal na esclerose múltipla

Self-care deficits related to vesical elimination and intestinal elimination in multiple sclerosis

Gabriela Bezerra¹, Leticia Chaves Piloto¹, Anja Kerstin Pereira Bernardes²,
Marcele Pescuma Capeletti Padula³

Resumo

Objetivo: Caracterizar pacientes com Esclerose Múltipla segundo sexo, idade, cor da pele, escolaridade, tempo de diagnóstico da doença, tempo de reabilitação, profissão/ocupação, medicações em uso; avaliar a capacidade funcional pelo Índice de Barthel; identificar principais déficits de autocuidado relacionado às eliminações vesical e intestinal.

Método: Estudo exploratório descritivo, de campo, quantitativo realizado no Centro de Reabilitação e no CATEM do Hospital Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2016 e abril de 2017 através da aplicação de 3 instrumentos. (CEP/ISCMSP: CAAE: 56356616.0.0000.5479 e CAAE: 56355816.3.0000.5479). **Resultados:** A amostra constituiu-se de 27 pacientes onde predominou gênero feminino 66,7%; faixa etária dos 56 a 65 anos 40,8%; cor da pele branca 77,8%; nível de escolaridade ensino médio completo 51,9%; tempo de descoberta do diagnóstico acima de 20 anos 29,7%; tempo que o paciente faz reabilitação até no máximo 6 meses 66,7%; profissão/ocupação com 66,7% aposentados sem desempenhar qualquer ocupação; 55,5%

usando medicações para controle da Esclerose Múltipla. O Índice de Barthel evidenciou 48,1% de pacientes com grau de dependência moderada. Os principais déficits de autocuidado relacionado à eliminação vesical identificaram 37,0% da amostra com frequência miccional inferior a 3 horas, 55,6% apresentando perdas de urina na roupa; relacionado à eliminação intestinal identificaram 22,3% da amostra referindo evacuação 1 vez na semana, 40,7% referindo eliminação de fezes endurecidas. **Conclusão:** A amostra estudada tem características de incontinência urinária e obstipação intestinal sendo relevante papel do enfermeiro junto aos pacientes com Esclerose Múltipla.

Descritores: Esclerose múltipla, Eliminação intestinal, Sistema urinário, Autocuidado

Abstract

Objective: To characterize patients with Multiple Sclerosis according to gender, age, skin color, schooling, time of disease diagnosis, rehabilitation time, profession / occupation, medications in use; assessing functional capacity by the Barthel Index; to identify major self-care deficits related to bladder and bowel eliminations. **Method:** Descriptive, field, quantitative exploratory study performed at the Rehabilitation Center and CATEM of the Central Hospital of the Irmandade Santa Casa de Misericórdia, São Paulo. Data were collected from August to October 2016 and April 2017 through the application of 3 instruments. (CEP/ISCMSP: CAAE: 56356616.0.0000.5479 e CAAE: 56355816.3.0000.5479). **Results:** The sample consisted of 27 patients with a predominance of 66.7% female; age group from 56 to 65 years old 40.8%; white skin color 77.8%; high school education 51.9%; time of discovery of the diagnosis over 20 years 29.7%; time that the patient does rehabilitation until a maximum of 6 months 66.7%; profession / occupation with 66.7% retired without any occupation; 55.5% using medications to control Multiple Sclerosis. The Barthel Index showed 48.1% of patients with moderate degree of dependence. The main self-care deficits related to bladder elimination identified 37.0% of the sample with voiding frequency less than 3 hours, 55.6% presenting

1. Acadêmica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 7º Semestre. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP - Brasil

2. Ex-graduanda da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP - Brasil

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP – Brasil

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP - Brasil

Endereço para correspondência: Marcelle Pescuma Capeletti Padula. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Motta Jr, 61, 9º andar – Vila Buarque – 012221-020 – São Paulo – SP – Brasil. E-mail: mcpadula@bol.com.br - tel.: 3367-7799

Trabalho contemplado com bolsa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq – 2016/2017

urine losses in the clothing; related to intestinal elimination identified 22.3% of the sample referring to evacuation once a week, 40.7% referring to elimination of hardened stools.
Conclusion: *The studied sample has characteristics of urinary incontinence and intestinal constipation, being an important role of the nurse next to patients with Multiple Sclerosis.*

Keywords: *Multiple sclerosis, Intestinal elimination, Urinary tract, Self care*

Introdução

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante progressiva do Sistema Nervoso Central (SNC), que é imunologicamente mediada. A desmielinização refere-se à destruição da mielina – o material lipídico e proteico que circunda determinadas fibras nervosas no cérebro e na medula espinhal; resulta em comprometimento da transmissão dos impulsos nervosos⁽¹⁾. A EM é decorrente de processo inflamatório da substância branca, resultando na formação de tecidos cicatriciais, denominados de placas escleróticas, as quais impedem a propagação adequada do impulso nervoso, o que ocasiona perdas permanentes ou transitórias em qualquer função do SNC⁽²⁾.

É uma das doenças neurológicas mais comuns em todo o mundo. Em muitos países, é a principal causa de incapacidade em adultos jovens. Enquanto algumas pessoas com EM convivem com pouca incapacidade durante a vida, em torno de 60% podem tornar-se impossibilitados de andar sem assistência, cerca de 20 anos após o início da doença. Isso representa implicações importantes para a qualidade de vida das pessoas com EM, seus familiares e amigos, e também altos custos repassado para a sociedade se a doença não for tratada de forma adequada⁽³⁾.

Segundo o Atlas da Esclerose Múltipla 2013, o número estimado de pessoas com EM no mundo aumentou de 2,1 milhões em 2008 para de 2,3 milhões em 2013. A prevalência média global usada para calcular esse número aumentou de 30 (em 2008) para 33 por 100.000 habitantes em 2013. Não está claro se esse aumento deve-se a melhores diagnósticos e ferramentas para reporte ou a outras causas. Enquanto a EM está presente em todas as regiões do mundo, a sua prevalência varia muito, sendo mais alta na América do Norte e Europa (140 e 108 por 100.000 habitantes respectivamente) e menor na região da África Subsaariana e na Ásia Oriental, na proporção de 2,1 e 2,2 por 100.000, respectivamente⁽³⁾.

A Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM) estima que atualmente 35 mil brasileiros tenham Esclerose Múltipla⁽⁴⁾.

Na média, existem duas vezes mais mulheres

do que homens com EM. A proporção de mulheres e homens com EM varia, e é consideravelmente mais elevada em algumas regiões, como a Ásia Oriental, onde a relação entre mulheres com EM é de 3 para cada homem, e nas Américas, onde é de 2,6⁽³⁾.

A média de idade para o aparecimento da EM é 30 anos⁽³⁾.

Na maioria das vezes atinge pessoas no momento em que elas estão estruturando sua carreira, encontrando um parceiro permanente ou tendo filhos. A EM pode, portanto, gerar impacto sobre o bem-estar econômico e social das pessoas, bem como seus familiares e parceiros⁽³⁾.

Com o passar dos anos alguns pacientes podem desenvolver sintomas neurológicos fixos como fadiga, perda de força, lentificação da marcha, alterações urinárias, alterações de hábito intestinal, dificuldade de coordenação, tremor, dificuldade de raciocínio e memória, dores variadas de origem muscular ou neurológica (como queimação, sensação de aperto, choques ou formigamento), espasmos e alterações de comportamento e com eles comprometimento de qualidade de vida. O tipo e gravidade de cada comprometimento é variável, não necessariamente todos os pacientes apresentarão estes sintomas, assim como o mesmo sintoma pode se apresentar de forma variada de um paciente a outro⁽⁵⁾.

Dentre os sintomas da EM, a disfunção urinária, que é um sintoma de disfunção vesical e/ ou do mecanismo esfinteriano uretral, apresenta-se muito frequente (85%), o que colabora com a piora na qualidade de vida destes pacientes⁽⁶⁾.

A incontinência urinária, que é a perda involuntária da urina pela uretra é classificada em três tipos: Incontinência de Esforço, onde o sintoma inicial é a perda de urina quando a pessoa tosse, ri, faz exercícios ou movimentar-se; Urge-Incontinência, considerada mais grave do que a de Esforço, caracteriza-se pela vontade súbita de urinar em meio às atividades diárias e a pessoa perde urina antes de chegar ao banheiro; e Incontinência Mista que associa os dois tipos de incontinência citados⁽⁶⁾.

Os problemas intestinais ocorrem com muito mais frequência em pessoas com EM do que na população normal. A Disfunção Neurogênica do Intestino é o termo amplo usado para descrever constipação e incontinência fecal secundária a doença neurológica ou trauma e é causado por danos nos nervos que controlam a função colônica. Além disso, na EM fatores associados a efeitos colaterais das medicações, dieta inadequada e diminuição de atividades físicas podem colaborar com os sintomas. A constipação em pessoas com EM é geralmente devido ao retardo no tempo de trânsito colônico e pode ser exacerbada pela dissinergia do assoalho pélvico, levando o indivíduo

a permanecer longo período de tempo na tentativa de evacuação intestinal⁽⁷⁾.

Para avaliar o nível e a habilidade dos pacientes com EM nas atividades de vida diárias, podemos utilizar o Índice de Barthel como um instrumento, baseando-se no resultado que varia de 0 a 100 no grau de independência, em intervalos de cinco pontos, as pontuações mais elevadas indicando maior independência na realização de diferentes funções. Os itens medem o grau de assistência exigido em 10 atividades: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas⁽⁸⁾.

O autocuidado do paciente com EM será modificado devido a alteração de sua independência. Em sua Teoria, Orem define Autocuidado como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam continuamente para a manutenção de sua própria vida, saúde e bem-estar. Requisitos universais de autocuidado são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo vital. Orem apresenta os requisitos universais de autocuidado: Manutenção da respiração, Suficiente ingestão de água e alimentos, Funções de eliminações vesical e intestinal satisfatórias, Equilíbrio entre atividade e descanso, Equilíbrio entre momentos de solidão e interação social, Prevenção de riscos à vida humana e Manutenção da normalidade⁽⁹⁾.

Os requisitos universais de autocuidado podem ser alterados se o indivíduo não tiver habilidade suficiente para suprir a demanda adicional de autocuidado. A teoria de *déficit* de autocuidado constitui a essência da teoria de Orem, uma vez que delinea quando há necessidade de enfermagem. Esta passa a ser uma exigência quando um indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover o autocuidado contínuo e eficaz⁽⁹⁾. Este estudo pretende identificar os principais *déficits* de autocuidado relacionados ao requisito universal: Funções de eliminações vesical e intestinal.

A intervenção dos enfermeiros na assistência ao portador de EM e seus familiares inicia-se logo após o diagnóstico. Seu papel é de fundamental importância pois estará reeducando uma pessoa que passou parte de sua vida acostumada a uma rotina e que a EM passa a mudá-la⁽¹⁰⁾.

Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo primário:

1. Identificar principais *déficits* de autocuidado relacionados à eliminação vesical e eliminação intestinal.

E por objetivos secundários:

2. Caracterizar os pacientes com Esclerose Múltipla, e
3. Avaliar a capacidade funcional pelo Índice de Barthel.

Método

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de campo, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Reabilitação do Hospital Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e no CATEM – Centro de Atendimento e Tratamento da Esclerose Múltipla da Disciplina de Neurologia da Santa Casa de São Paulo, nos meses de agosto, setembro e outubro de 2016 e no mês de Abril de 2017, por meio da aplicação de três instrumentos. O primeiro contém dados relacionados à caracterização da amostra: iniciais do nome do paciente, sexo, faixa etária, cor da pele autodeterminada, nível de escolaridade, tempo de diagnóstico da Esclerose Múltipla, tempo de reabilitação, profissão/ocupação atual e por fim, medicações utilizadas atualmente classificadas em medicações para controle da Esclerose Múltipla (EM), anti-hipertensivos (HAS), Hipoglicemiantes (DM), antidepressivos (DP) e suas associações, e não está utilizando medicações atualmente. O segundo instrumento foi o Índice de Barthel apresentado de acordo com grau de dependência classificados em dependência total (somatória de zero a 20 pontos), dependência grave (somatória de 21 a 60 pontos), dependência moderada (somatória de 61 a 90 pontos), dependência muito leve (somatória de 91 a 99 pontos) e independência (somatória de 100 pontos); e também de acordo com os itens que medem o grau de assistência exigido nas 10 atividades já descritas⁽⁸⁾. O terceiro instrumento foi um formulário contendo questões sobre os *déficits* de autocuidado relacionados à eliminação vesical e eliminação intestinal desenvolvido pelos autores. Foi questionado aos pacientes se sentiam vontade de urinar/ evacuar, se conseguiam eliminar urina/fezes voluntariamente, qual a frequência da micção/ evacuação, características da urina/fezes, se sentiam dor ou ardência ao urinar e sangramento ao evacuar, se perdiam urina/ fezes na roupa e qual sua frequência, local utilizado para eliminação vesical/ intestinal, como era feita a higiene após a micção/ evacuação, se necessitavam de outra pessoa para auxílio na higiene. Para a Eliminação vesical foi questionado se realizavam o autocateterismo e como esse procedimento era feito. A amostra foi constituída por 27 participantes maiores de 18 anos que aceitaram ser voluntários deste estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados estão apresentados em números absolutos e percentuais, agrupados em tabelas, e quando pertinentes, analisados de forma descritiva. Para a tabulação foi utilizado o programa Excel e para análise estatística utilizamos o SPSS versão 13.0. Os procedimentos adotados neste estudo estão de acordo com normas éticas definidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da

ISCMS/SP (CEP/ISCMS/SP: CAAE: 56356616.0.0000.5479 e CAAE: 56355816.3.0000.5479).

Resultados

Os 27 pacientes que participaram deste estudo estão caracterizados de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1

Pacientes com Esclerose Múltipla segundo sexo, faixa etária, cor da pele, nível de escolaridade, tempo de diagnóstico, tempo de reabilitação, profissão/ocupação atual. FCMSCSP, São Paulo, 2017, N=27.

	Frequência	Porcentagem %
Sexo		
Masculino	9	33,3
Feminino	18	66,7
Faixa etária		
26 a 35 anos	4	14,8
36 a 45 anos	6	22,2
46 a 55 anos	6	22,2
56 a 65 anos	11	40,8
Cor da pele		
Brancos	21	77,8
Pretos	3	11,1
Pardos	3	11,1
Nível de escolaridade		
Fundamental I	2	7,4
Fundamental II	1	3,7
Ensino médio	14	51,9
Superior	10	37,0
Tempo de diagnóstico da doença		
1 a 5 anos	7	25,9
6 a 10 anos	7	25,9
11 a 15 anos	2	7,4
16 a 20 anos	3	11,1
Acima de 20 anos	8	29,7
Tempo de reabilitação		
Até 6 meses	18	66,7
7 a 12 meses	2	7,4
13 a 18 meses	7	25,9
Profissão/ocupação atual		
Aposentado por invalidez sem ocupação	18	66,7
Aposentado por invalidez com ocupação	2	7,4
Não está aposentado/afastado por invalidez	7	25,9

Não houve pacientes analfabetos assim como pacientes que faziam reabilitação há mais de 19 meses. Chama atenção o tempo de descoberta do diagnóstico da doença, acima de 20 anos com oito (29,7%) pacientes, seguido dos pacientes com diagnóstico recente de um a cinco anos com sete (25,9%) pacientes. O tempo de reabilitação também está recente, até seis meses em 18 (66,6%) pacientes.

Em relação às medicações utilizadas atualmente, a maioria 15 (55,5%) pacientes, está em uso de medicações para controle da EM seguido dos pacientes que utilizam medicações para controle da EM associadas ao uso de antidepressivos (EM +DP), cinco (18,5%) pacientes. O uso de medicações para controle da EM associado ao uso de antidepressivos e anti-hipertensivos (EM +DP + HAS) surge com dois (7,4%) pacientes. A maioria dos pacientes faz uso de medicações para controle da EM, seguido do uso de antidepressivos como a segunda droga associada mais utilizada por esses pacientes. Apenas um (3,7%) paciente faz uso de Hipoglicemiante.

O resultado do Índice de Barthel, está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2

Pacientes com Esclerose Múltipla segundo o Índice de Barthel de acordo com o grau de dependência. FCMSCSP, São Paulo, 2017, N=27.

Grau de dependência	Frequência	Porcentagem
21 – 60	2	7,4
61 – 90	13	48,1
91 a 99	5	18,5
100	7	26,0

O resultado dessa Tabela revela que a maioria se encontra em um grau de dependência moderada com 13 pacientes (48,1%). Não houve pacientes classificados em dependência total com pontuação de zero a 20 pontos.

Dentre as 10 atividades que fazem parte do índice de Barthel, aquelas nas quais os pacientes mais apresentaram dificuldade em executar foram: eliminações vesicais, 48,1% não possuem total controle das eliminações vesicais; escadas, 18,5% não conseguem subir escadas e outros 18,5%, necessitam de ajuda ou supervisão para fazê-lo e vestuário, 7,4% não conseguem vestir-se e 25,9% necessitam de ajuda.

Segundo os Déficits de Autocuidado relacionados à Eliminação Vesical, 26 (96,3%) pacientes responderam que sentiam vontade de urinar e eliminavam urina espontaneamente. Apenas um (3,7%) paciente não sentia vontade de urinar e também não conseguia eliminar urina espontaneamente. Este paciente realizava

o autocateterismo vesical intermitente e relatou fazer o procedimento de forma adequada.

Em relação à frequência da micção, os dados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Pacientes com Esclerose Múltipla segundo os Déficits de Autocuidado relacionados à Eliminação Vesical de acordo com a frequência da micção. FCMSCSP, São Paulo, 2017, N=27.

Frequência da micção	Frequência	Porcentagem
Cada 6h	3	11,1
Cada 4h	4	14,8
Cada 3h	8	29,7
Menos de 3h	10	37,0
Não sabe referir	2	7,4

Pela Tabela 3 observou-se que a maioria dos pacientes, 10 (37,0%) apresenta uma frequência miccional inferior a três horas, seguida pela resposta dos pacientes que referiam urinar a cada três horas, oito pacientes (29,7%).

Em relação às características da urina, 22 (81,4%) pacientes referiram urina de aspecto amarelo claro. A maioria, 26 (96,3%) pacientes relatou não sentir dor ou ardência ao urinar. Questionados sobre se apresentavam perda de urina na roupa, as respostas dos pacientes encontram-se nas Tabelas 4 e 5.

Segundo a Tabela 4, 15 pacientes (55,6%) referiram

Tabela 4

Pacientes com Esclerose Múltipla segundo os Déficits de Autocuidado relacionados à Eliminação Vesical de acordo com a perda de urina na roupa. FCMSCSP, São Paulo, 2017, N=27.

Perda de urina na roupa	Frequência	Porcentagem%
Sim	15	55,6
Não	12	44,4

Tabela 5

Pacientes com Esclerose Múltipla segundo os Déficits de Autocuidado relacionados à Eliminação Vesical de acordo com a frequência de perda de urina na roupa. FCMSCSP, São Paulo, 2017, N=15.

Perda de urina na roupa	Frequência	Porcentagem
Diariamente	9	60,1
Dias alternados	2	13,3
Pelo menos 1 vez por semana	2	13,3
Aproximadamente 1 vez por mês	2	13,3

perder urina na roupa. Para os pacientes que responderam positivamente à perda de urina na roupa, foi questionada a frequência dessa perda.

Questionados sobre o local utilizado para eliminação vesical, 21 (77,8%) pacientes utilizavam o vaso sanitário; três (11,1%) pacientes utilizavam fralda/absorvente e também o vaso sanitário, assim como três (11,1%) pacientes utilizavam papagaio/ comadre e também o vaso sanitário.

A maioria, 20 (74,1%) pacientes realizava a higiene após a micção com papel higiênico/ lenços umedecidos/ toalha; dois pacientes (7,4%) realizavam a higiene com água e sabão e cinco (18,5%) não realizavam higiene após a micção. Todos os pacientes, 27 (100,0%) relataram não necessitar de auxílio de outra pessoa para sua higiene.

Segundo os Déficits de Autocuidado relacionados à Eliminação Intestinal, 26 (96,3%) pacientes responderam que sentiam vontade de evacuar, destes, 24 (88,9%) pacientes referiram conseguir evacuar voluntariamente e três (11,1%) pacientes relataram não evacuar voluntariamente fazendo uso de laxantes/ supositório.

Em relação à frequência da evacuação, os dados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6

Pacientes com Esclerose Múltipla segundo a frequência da evacuação. FCMSCSP, São Paulo, 2017, N=27.

Frequência da evacuação	Frequência	Porcentagem%
Diariamente	10	37,0
Dias alternados	4	14,8
3 vezes por semana	2	7,4
2 vezes por semana	5	18,5
1 vez por semana	6	22,3

Foi questionado aos pacientes sobre as características das suas fezes e o resultado revelou que 11 (40,7%) pacientes referiram fezes endurecidas/ ressecadas; seis (22,3%) pacientes referiram apresentar sangramento ao evacuar e 10 (37,0%) pacientes referiram sentir dor à evacuação. Referiram perder fezes na roupa cinco (18,5%) pacientes.

Todos os 27 (100,0%) pacientes utilizavam o vaso sanitário como local de evacuação. Em relação à higiene após a evacuação, 17 (63,0%) pacientes a realizavam com papel higiênico; cinco (18,5%) pacientes utilizavam papel higiênico e lenços umedecidos; quatro (14,8%) pacientes utilizavam apenas lenços umedecidos; e um (3,7%) paciente referiu higiene no banho de chuveiro após evacuação. Todos os pacientes, 27 (100,0%) relataram não necessitar de auxílio de outra pessoa para sua higiene.

Discussão

Quanto à distribuição por sexo, observa-se neste estudo o predomínio das mulheres, com 18 (66,7%) pacientes, em concordância com a literatura^(3, 11-12).

A faixa etária predominante foi de pacientes que tinham idade entre 56 a 65 anos (40,8%). As pessoas são diagnosticadas com EM na fase jovem ou adulta após alguns surtos da doença, raramente são diagnosticadas antes dos 15 anos ou depois dos 60 anos⁽¹¹⁾. Neste estudo, a maioria dos pacientes, 29,7% tinham o tempo de diagnóstico acima de 20 anos.

Neste estudo, a maioria das pessoas acometidas pela EM são pessoas de cor de pele branca, 77,8%. A EM é mais frequente entre os descendentes de europeus (cor da pele branca). Ela é mais rara em afro-descendentes, orientais e indígenas⁽¹¹⁾.

A maioria dos pacientes deste estudo possui ensino médio completo 51,9%, e superior 37,0%, em concordância com outro estudo⁽¹³⁾. Maior nível de escolaridade pode revelar um ponto positivo para o entendimento da doença e da terapêutica.

Em relação a profissão/ ocupação atual, percebeu-se que após o diagnóstico a maioria, 18 pacientes (66,7%), foi aposentada por invalidez pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social - órgão do Ministério da Previdência Social, ligado ao Governo Federal), ficando sem ocupação. Outro estudo revelou em que 40% da amostra era de pacientes aposentados⁽¹³⁾.

Em relação ao uso de medicações, 18,5% dos pacientes fazem uso de antidepressivos concomitante ao uso de medicações para controle de EM. A depressão é um dos sintomas emocionais que frequentemente encontra-se associada à EM⁽¹⁴⁾.

Em relação ao Índice de Barthel, verificou-se neste estudo que 48,1% dos pacientes apresentaram dependência moderada, seguida dos pacientes independentes com 26,0%. Estudo anterior identificou a predominância dos diagnósticos de enfermagem: mobilidade física prejudicada, intolerância à atividade, eliminação urinária prejudicada, memória prejudicada, padrão de sono prejudicado, déficit no autocuidado para alimentação, enfrentamento ineficaz, constipação, disfunção sexual e dor crônica. Os autores enfatizam que a EM é uma doença crônica e degenerativa, debilitando diversos sistemas orgânicos⁽¹²⁾.

Neste estudo, através da aplicação do Índice de Barthel e do Instrumento contendo questões sobre os déficits de autocuidado relacionado à eliminação vesical e eliminação intestinal, observou-se um número significativo de pacientes que apresentam alterações no controle das eliminações.

Outro estudo anterior revelou que a EM pode provocar alterações tanto no armazenamento quanto na eliminação da urina, devido a problemas de contra-

ção fraca ou excessiva da bexiga, ou de coordenação entre a bexiga e o esfíncter da uretra. As queixas mais comuns, por ordem de frequência, são: urgência miccional, frequência miccional alterada, incontinência, urgíntinência, incontinência de stress, incontinência franca, hesitação, interrupção do jato, retenção urinária e enurese noturna. Além disso, os pacientes que não conseguem esvaziar completamente a bexiga estão mais propensos a desenvolver infecções urinárias⁽¹⁵⁾.

Neste estudo observou-se uma frequência miccional inferior a 3 horas, seguida pela resposta dos pacientes que referiam urinar a cada 3 horas. Essa frequência de micção evidencia alteração vesical e revela um tempo curto de contenção de urina podendo estar prejudicando os pacientes nas suas atividades de vida diárias, pois suas paradas para micção são frequentes, tendo que se preocupar com um local apropriado para eliminação urinária. O padrão normal de eliminação vesical em relação a frequência é em torno de 8 micções em um período de 24 horas, ou seja, a cada 3 horas; a partir do momento em que ocorre num período menor que 3 horas, identifica-se alteração no padrão de frequência⁽¹⁶⁾.

Em relação à perda de urina na roupa, 55,6% dos pacientes desta amostra referem perder urina na roupa ocasionalmente, o que é um grande desconforto por causar vários problemas tanto físicos (dermatites, infecção urinária etc.) quanto psicológicos (relações sociais prejudicadas). Pode ser um dos fatores que desencadeia a depressão e também o afastamento de atividades laborais⁽¹⁵⁾.

Em relação aos déficits de autocuidado relacionados à eliminação intestinal, 22,2% dos pacientes referiram evacuação 1 vez na semana e 18,5% referiram evacuação 2 vezes na semana, revelando uma frequência insuficiente, 40,7% dos pacientes apresentaram fezes endurecidas, 37,0% dos pacientes sentem dor à evacuação.

A constipação intestinal caracteriza-se pela frequência anormal ou irregularidade de defecação, o enrijecimento anormal das fezes que torna sua eliminação difícil e às vezes dolorosa, a diminuição do volume fecal, a retenção de fezes no reto por um período prolongado com frequência, acompanhado da sensação de defecação incompleta após a defecação, ou a sensação persistente de plenitude abdominal⁽¹⁷⁾. Algumas das manifestações clínicas da constipação intestinal estão menos de três defecações por semana, distensão abdominal, dor e pressão à evacuação⁽¹⁷⁾. Os déficits identificados neste estudo estão corroborando com as descrições acima.

A identificação dos Déficits de Autocuidado relacionados à eliminação vesical e eliminação intestinal na Esclerose Múltipla possibilita a elaboração do planejamento dos cuidados de enfermagem para a

implementação de ações, priorizadas pelo enfermeiro em um atendimento sistematizado de enfermagem, favorecendo um prognóstico satisfatório. Mostra que não só as ações da equipe médica são capazes de recuperar esse paciente, mas sim um acompanhamento contínuo da equipe interdisciplinar.

Através deste estudo conclui-se que:

- Em relação aos *Déficits* de Autocuidado relacionados à eliminação vesical: 37,0% da amostra referiu frequência miccional inferior a três horas, 55,6% referiu perda de urina na roupa e, deste percentual, 60,1% referiu perda diária, revelando que esses pacientes apresentam frequência miccional alterada e incontinência. Em relação aos *Déficits* de Autocuidado relacionados à eliminação intestinal: 22,3% pacientes referiam frequência de evacuação uma vez na semana e 18,5% referiam evacuação duas vezes na semana, 40,7% referiram fezes de características endurecidas, 22,3% referiram apresentar sangramento ao evacuar e 37,0% referiram sentir dor à evacuação revelando manifestações clínicas de constipação intestinal.
- segundo a caracterização da amostra predominou: sexo feminino 66,7%; faixa etária dos 56 aos 65 anos 40,8%; cor da pele branca 77,8%; nível de escolaridade ensino médio completo 51,9%; tempo de descoberta do diagnóstico acima de 20 anos 29,7%; tempo de reabilitação em até no máximo 6 meses 66,7%; profissão/ ocupação atual de aposentados por invalidez sem ocupação 66,7%; medicações utilizadas atualmente são as de uso para controle da Esclerose múltipla 55,5%.
- segundo a avaliação da capacidade funcional pelo Índice de Barthel, predominou 48,1% da amostra, com grau de dependência moderada.

Referências

1. Hinkle J, Cheever KH, Brunner LS, Suddarth DM. Manejo de clientes com infecções neurológicas, distúrbios autoimunes e neuropatias. In: Hinkle J, Cheever KH, Brunner LS, Suddarth DM. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016a. v.2, p. 2036-43.
2. Callegaro D, Lino AMM, Marchiori PE. Esclerose múltipla e outras doenças desmielinizantes do sistema nervoso central. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL, editores. Clínica Médica. Barueri: Manole; 2009. (v. 6: Doenças dos olhos, doenças dos ouvidos, nariz e garganta, neurologia, transtornos mentais.) p. 449-78.
3. Multiple Sclerosis International Federation. Atlas of M3 2013: mapping multiple sclerosis around the world. [Internet]. London: Multiple Sclerosis International Federation; 2013. 28p. [cited 2019 Mar 19]. Available from: <https://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/Atlas-of-MS.pdf>
4. Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. O que é esclerose múltipla? [Internet]. São Paulo: ABEM; 2016. [cited 2019 Mar 19]. Disponível em: <http://abem.org.br/esclerose/o-que-e-esclerose-multipla/>
5. Bienes G, Oliveira EML, Bichueti DB. Como diagnosticar e tratar esclerose múltipla. RBM Rev Bras Med. 2015; 72(12):49-59.
6. Pavan K, Miguez PB, Marangoni BEM, Tilbery CP, Lianza S. Comportamento da incontinência urinária em pacientes com esclerose múltipla e a sua influência na qualidade de vida. Med Reabil. 2010; 29(1):1-5.
7. McClurg D, Goodman K, Hagen S, Harris F, Treweek S, Emmanuel A, et al. Abdominal massage for neurogenic bowel dysfunction in people with multiple sclerosis (AMBER — Abdominal Massage for Bowel Dysfunction Effectiveness Research): study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2017; 18(1): 150.
8. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paul Enferm. 2010; 23(2):218-23.
9. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. Missouri, Mosby-Year Book; 1995. 385p.
10. Silva PLN, Santos S, Freitas EAM. Sistematização da assistência de enfermagem ao portador de esclerose múltipla. EFDportes. [Internet]. 2012 [citado 29 nov 2018]; 17(172): 5-12. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd172/assistencia-aoportador-de-esclerose-multipla.htm>
11. Tilbery CP. Esclerose múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos. São Paulo: Atheneu; 2005. 276p. (Série Neurologia: Diagnóstico e tratamento/ editor da série: Wilson Luiz Sanvito)
12. Costa TMS, Souza Neto VL, Domingos MMC, Silva BCO, Rodrigues IDC, Silva RAR. Perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes com esclerose múltipla: estudo transversal. Online Braz J Nurs. (Online). [Internet] 2016 [citado 2018 Nov 11]; 15 (3):433-42. Disponível em: http://objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5383/pdf_1
13. Pimentel PP, Toldrá RC. Desenvolvimento de manual para orientações básicas do dia a dia para pessoas com esclerose múltipla. Cad. Ter. Ocup. UFSCar (Impr.). 2017; 25 (1):67-74.
14. Mendes MF, Tilbery CP, Basimelli S, Moreira MA, Barão-Cruz AM. Depressão na esclerose múltipla forma remittente-recorrente. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3A):591-3.
15. Morales RR. Distúrbios sexuais, urinários e intestinais na esclerose múltipla. In: Hausen SR, organizador. Esclerose múltipla: informações científicas para o leigo. Porto Alegre: Conceito; 2004. p. 69-73.
16. Hinkle J, Cheever KH, Brunner LS, Suddarth DM. Avaliação das funções renal e urinária In: Hinkle J, Cheever KH, Brunner LS, Suddarth DM. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016b. v.2, p. 1511.
17. Hinkle J, Cheever KH, Brunner LS, Suddarth DM. Manejo de clientes com distúrbio intestinais e retais. In: Hinkle J, Cheever KH, Brunner LS, Suddarth DM. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016c. v.2, p. 1282-3.

Trabalho recebido: 05/12/2017

Trabalho aprovado: 13/08/2019

Trabalho publicado: 14/08/2019