UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RACHEL CRISTINA RODRIGUES DOS SANTOS

TRAUMAS URETRAIS PELA INTRODUÇÃO DO CATETER URETRAL: CONDUTA DO ENFERMEIRO

RIBEIRÃO PRETO
2016

RACHEL CRISTINA RODRIGUES DOS SANTOS

TRAUMAS URETRAIS PELA INTRODUÇÃO DO CATETER URETRAL: CONDUTA DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre em ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Prof[a] Dr[a] Alessandra Mazzo

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Rachel Cristina Rodrigues dos

Traumas uretrais pela introdução do cateter uretral: conduta do enfermeiro. Ribeirão Preto, 2016.

69p.: il.;

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Profª. Drª. Alessandra Mazzo

1. Enfermagem. 2. Cateterismo Uretral. 3.Trauma

SANTOS, Rachel Cristina Rodrigues dos

Traumas uretrais pela introdução do cateter uretral: conduta do enfermeiro

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.:_____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição: _____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição: _____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Áurea** e **José** por serem os grandes responsáveis pela minha formação pessoal.

Ao meu marido **Danilo** por ter me dado força nos momentos difíceis não permitindo que eu desistisse.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** que iluminou o meu caminho nessa caminhada, me dando saúde forca e perseverança.

Á **Profa. Dra. Alessandra Mazzo**, minha orientadora, por ter se mostrado companheira em meus momentos de insegurança e temor, pelos seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo dessa jornada, sem os quais não seria possível a conclusão desse trabalho.

A minha irmã **Talita** pela cumplicidade

Ao meu amigo **Rodrigo** por ter sido o grande responsável pelo início dessa jornada e pelo seu companheirismo ao longo dos anos.

A minha amiga **Beatriz** por ter sido mais do que uma colega de pesquisa me apoiando sempre que necessário.

Aos colegas do grupo de pesquisa **Mateus, Laís, Leonardo, Fernanda, Cíntia, Anaísa, Cézar, Juliana, Janaina**, pela colaboração nesse trabalho.

À banca de qualificação **Prof . Dr. José Carlos Amado Martins** e a **Profª Drª Simone de Godoy** Costa pelas excelentes sugestões.

A **todos** que de alguma maneira contribuíram para que esse trabalho fosse concluído.

Muito obrigada.

RESUMO

SANTOS, R.C.R. **Traumas uretrais pela introdução do cateter uretral: conduta do enfermeiro** 2016. 69f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Este estudo teve como objetivo avaliar a conduta do enfermeiro frente ao traumatismo de uretra ocasionado pela inserção do cateter uretral. Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Parecer 466/12 e foi realizado em um Hospital Universitário em duas etapas: na primeira etapa, descritiva, foi efetuada consulta ao sistema eletrônico do hospital que trata de notificações sobre eventos adversos dos pacientes. Nessa etapa foi utilizado instrumento de perguntas objetivas elaborado pelo próprio pesquisador. Na segunda, quase-experimental pós teste, foram coletados os dados relacionados a autoconfiança de enfermeiros, que participaram de cenário simulado de baixa fidelidade. Nessa etapa para obtenção dos dados foi aplicado um questionário de caracterização dos sujeitos e instrumento já validado, de autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária (EAAERU), a qual encontra-se dividida em cinco fatores: 1) "Intervenções realizadas durante o cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas", 2) "Intervenções prévias ao cateterismo urinário", 3) "Intervenções realizadas após o cateterismo urinário"; 4) "Comunicação, consentimento e preparo dos materiais para realização do cateterismo urinário", e 5) "Avaliação objetiva da RU" (retenção urinária). Os dados da primeira etapa foram analisados por estatística descritiva e os dados da segunda etapa foram codificados e digitados duplamente em planilhas do aplicativo Excel®, exportados e analisados no programa SPSS (Statistical Package for Social Science) ®, versão 22.0, como a escala original. Os resultados demonstram que na primeira fase do estudo entre as 5300 notificações do serviço, apenas 27 (1,96%) estavam relacionadas a problemas urinários. Entre essas, cinco diretamente ao cateterismo urinário. Na segunda fase do estudo, a amostra foi composta por 53 enfermeiros, entre os quais a maior parte era do sexo feminino, com idade média de 36 anos, menos de dez anos de formação. Entre eles a maioria cursava ou já haviam cursado pós-graduação. Segundo os entrevistados todos 53 (100,0%) já realizaram o cateterismo urinário e 46 (86,8%) já vivenciaram dificuldades no procedimento. A maioria já avaliou trauma uretral ocasionado pela passagem do cateter. A conduta tomada nessa circunstância foi comunicar o fato e solicitar avaliação de outro profissional (médico e/ou outro enfermeiro). Após atividade simulada de trauma uretral, na avaliação da autoconfiança, a EAAERU demonstrou boa confiabilidade na sua aplicação (α 0,966). Os menores escores encontrados na autoconfiança dos profissionais estiveram relacionados aos fatores 1) "Intervenções realizadas durante o cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas" e 5) "Avaliação objetiva da RU". Observou-se ainda associação positiva entre a autoconfiança e a frequência de realização do cateterismo urinário. Conclui-se que os traumas de uretra são comuns na prática clínica, porém pouco notificados. Com relação à autoconfiança na introdução do cateterismo urinário em que ocorrem situações de trauma de uretra há dificuldade na tomada de decisão e na avaliação objetiva da RU. Uma vez que o cateterismo é de competência do enfermeiro, são necessários programas e instrumentos que capacitem os profissionais para tais situações.

Palavras-chave: Enfermagem; Cateterismo uretral; Trauma;

ABSTRACT

SANTOS, R.C.R. **Urethral traumas by the introduction of urethral catheter: conduct of nurses.** 2016. 69f. Thesis (master's degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2016.

This study aimed to evaluate the conduct of the nurse to the urethral trauma caused by the insertion of urethral catheter. This study was approved by the Ethics Committee in research of the College of Nursing in Ribeirão Preto – Opinion 466/12 and was performed in University Hospital in two stages: in the first stage, descriptive, a question was made on the hospital's electronic system, which deals with notifications about adverse events of patients. In this stage, it was used an instrument of objective questions elaborated by the researcher herself. In the second stage, quasi-experimental posttest study, the data related to self-confidence of nurses who participated in simulated low-fidelity scenario was collected. In this stage, to obtain the data, it was applied a characterization questionnaire of subjects and already validated instrument of Self-Confidence Scale of Nursing Care in Urinary Retention (EAAERU), which is divided in five factors: 1) "Interventions performed during urinary catheterization and/or in iatrogenic situations", 2) "Prior interventions to performing urinary catheterization", 3) "Interventions performed for urinary catheters"; 4) "Communication, consent and preparation of materials for performing urinary catheterization", and 5) "Objective evaluation of the urinary retention". The first stage's data were analyzed by descriptive statistic and the second stage's data were codified and double typed in spreadsheets in the Excel® app, exported and analyzed in the SPSS program (Statistical Package for Social Science)®, version 22.0, like the original scale. The results demonstrate that in the first stage of the study, among the 5300 notifications of service, only 27 (1,96%) were related to urinary problems. Among these, five directly related to urinary catheterization. In the second stage of the study, the sample was made by 53 nurses, among which most were women, with an average age of 36 years, less than ten years of formation. Among them, most were attending or had already attended postgraduate. According to the interviewers, all 53 (100,0%) had performed urinary catheterization and 46 (86,8%) had gone through trouble during the process. Most of them had evaluated urethral trauma caused by the introduction of the catheter. The conduct taken in this circumstance was to communicate the fact and request the evaluation of another professional (Doctor and/or another nurse). After simulated activity of the urethral trauma, in the self-confidence evaluation, EAAERU showed good reliability on its application (α=0,966). The lowest scores found in the professionals' self-confidence were related to the factors 1) "Interventions performed during urinary catheterization and/or in iatrogenic situations" and 5) "Objective evaluation of the urinary retention". It was also observed positive association between the self-confidence and the performance of urethral catheterization. It is concluded that urethral traumas are common on clinical practice, however little notified. With regard to self-confidence to the introduction of urethral catheterization in which occur urethral trauma situations, there is difficulty in decision making and objective evaluation of the urinary retention. Once the catheterization is the nurse's responsibility, programs and tools are necessary to enable professionals in such situations.

Keywords: Nursing; Urethral Catheterization; Trauma.

RESUMEN

SANTOS, R.C.R. **Traumas uretrais por la introducción del cateter uretral: conducta del enfermero 2016.** 69f. Disertación (máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Este estudio tuvo cómo objetivo evaluar la conducta del enfermero frente al traumatismo de uretra ocasionado por la inserción del cateter uretral. Este estudio tuvo aprobación del Comité de Ética en investigación de la "Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto" – Parecer 466/12 y fue realizado en un Hospital Universitario en dos etapas: en la primera etapa, descriptiva, fue efectuada consulta al sistema electrónico del hospital que trata de notificaciones sobre eventos adversos de los pacientes. En esa etapa fue utilizado instrumento de preguntas objetivas elaborado por el propio investigador. En la segunda, casi-experimental pos prueba, fueron recolectados los datos relacionados la autoconfianza de enfermeros, que participaron de escenario simulado de baja fidelidad. En esa etapa para obtención de los datos fue aplicado un cuestionario de caracterización de los sujetos e instrumento ya validado, de autoconfianza en la Asistencia de Enfermería a la Retención Urinária (EAAERU), la cual se encuentra hendida en cinco factores: 1) "Intervenciones realizadas durante el cateterismo urinário y/o en situaciones iatrogénicas", 2) "Intervenciones previas al cateterismo urinario", 3) "Intervenciones realizadas después del cateterismo urinario"; 4) "Comunicación, consentimiento y preparo de los materiales para realización del cateterismo urinário", y 5) "Evaluación objetiva de la RU" (retención urinária). Los datos de la primera etapa fueron analizados por estadística descriptiva y los datos de la segunda etapa fueron codificados y tecleados doblemente en panillas de cálculo del aplicativo Excel®, exportados y analizados en el programa SPSS (Statistical Package for Social Science) ®, versión 22.0, como la escala original. Los resultados demuestran que en la primera fase del estudio entre las 5300 notificaciones del servicio, sólo 27 (1,96%) estaban relacionadas a problemas urinários. Entre esas cinco directamente al cateterismo urinário. En la segunda fase del estudio, la muestra fue compuesta por 53 enfermeros, entre los cuales la mayor parte era del sexo femenino, con edad media de 36 años, menos de diez años de formación. Entre ellos la mayoría cursava o ya habían cursado post-grado. Según los entrevistados todos 53 (100,0%) ya realizaron el cateterismo urinário y 46 (86,8%) ya vivenciaram dificultades en el procedimiento. La mayoría ya evaluó trauma uretral ocasionado por el pasaje del cateter. La conducta tomada en esa circunstancia fue comunicar el hecho y solicitar evaluación de otro profesional (médico y/u otro enfermero). Después de actividad simulada de trauma uretral, en la evaluación de la autoconfianza, la EAAERU demostró buena fiabilidad en su aplicación (α 0,966). La menor pontuación encontrada en la autoconfianza de los profesionales estuvieron relacionados a los factores 1) "Intervenciones realizadas durante el cateterismo urinário y/o en situaciones iatrogênicas" y 5) "Evaluación objetiva de la RU". Se observó aún asociación positiva entre la autoconfianza y la frecuencia de realización del cateterismo urinario. Se concluye que los traumas de uretra son comunes en la práctica clínica, sin embargo poco notificados. Con relación a la autoconfianza en la introducción del cateterismo urinário en que ocurren situaciones de trauma de uretra hay dificultad en la toma de decisión y en la evaluación objetiva de la RU. Una vez que el cateterismo es de cualificación del enfermero, son necesarios programas e instrumentos que capaciten los profesionales para tales situaciones.

Palabras-clave: Enfermeria, Cateterismo Uretral, Trauma;

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Notificações realizadas no que diz respeito ao ano de notificação, profissional responsável pela notificação, clínica do evento e evento notificado, Ribeirão Preto, 2014. 34

Quadro 2 Notificações que causaram danos aos pacientes segundo ano da notificação, clinica, idade, sexo, profissional que notificou, dano causado, descrição da notificação, profissional que realizou procedimento, conduta e causas do trauma. Ribeirão Preto, 2014 35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos sujeitos quanto ao gênero, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 36

Tabela 2 Caracterização dos sujeitos quanto a idade, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 37

Tabela 3 Caracterização dos sujeitos quanto ao tempo de formação, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 37

Tabela 4 Caracterização dos sujeitos quanto a pós-graduação, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 37

Tabela 5 Distribuição da frequência de realização do cateterismo urinário, segundo a resposta dos sujeitos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 37

Tabela 6 Distribuição dos sujeitos quanto a dificuldade com o cateterismo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 38

Tabela 7 Distribuição dos sujeitos quanto a conduta diante de trauma uretral na realizaçao do cateterismo urinário. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 38

Tabela 8 Distribuição dos sujeitos quanto frequência de avaliação de trauma de uretral. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. 38

Tabela 9 Estatistica desccritiva dos fatores atraves do *Alpha de Cronbach*. Ribeirã Preto, São Paulo, 2015. 39

Tabela 10 Autoconfiança dos sujeitos na realização do cateterismo urinário após atividade simulada de trauma de uretra. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015. ... 40

Tabela 11 Autoconfiança dos sujeitos na realização do cateterismo urinário após atividade simulada de trauma de uretra, segundo os fatores propostos na EAAERU. Ribeirão Preto, 2015. 41

Tabela 12 Associação da autoconfiança dos sujeitos nos fatores, segundo a frequência de realização do cateterismo urinário. São Paulo, 2015..... 41

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CH	Scale Charriere
CM	Centímetro
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAAERU	Escala de Autoconfiança na Assistência de Enfermagem a retenção Urinária
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ECF	Fluido Extracelular
EVA	Etileno Acetato de Vinila
F ou Fg	French scale
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ITU	Infecção do Trato urinário
ML	Mililitro
MM	Milímetro
PVC	Cloreto de polivinil
RU	Retenção Urinaria
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SVD	Sonda vesical de demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 OBJETIVOS 18
2.1 Objetivo Geral 18
2.2 Objetivos Específicos 18

3 REVISÃO DA LITERATURA 20
3.1 Sistema urinário 20
3.2 Trauma Uretral 22

4 MATERIAL E MÉTODO 27
4.1 Etapa 1 27
4.1.1 Aspectos éticos 27
4.1.2 Desenvolvimento do estudo 27
4.2 Etapa 2 – Conduta e autoconfiança do enfermeiro em situação de trauma. 28
4.2.1 Local e população do estudo 28
4.2.2 Instrumentos de coleta de dados 28
4.2.3 Estratégia utilizada durante a coleta de dados para os enfermeiros vivenciarem o trauma de uretra 29
4.2.4 Desenvolvimento do estudo 30
4.2.5 Análise dos dados 30
4.2.6 Aspectos éticos 31

5 RESULTADOS 33
5.1 Etapa 1 33
5.2 Etapa 2 36

6 DISCUSSÃO 43
6.1 Etapa 1 43
6.2 Etapa 2 45
6.2.1 Caracterização dos sujeitos 46
6.2.2 Autoconfiança dos profissionais na Assistência de Enfermagem na RU 48

7 CONCLUSÃO **52**

REFERÊNCIAS **54**

APÊNDICES **61**

ANEXOS **66**

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O cateterismo urinário é um procedimento comum em pacientes hospitalizados, que pode ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros. Sua prática não é isenta de riscos e pode causar traumatismos e infecções do trato urinário (ITU). Consiste em um procedimento invasivo e traumático, manual, que envolve a inserção de um cateter na bexiga através da uretra. Deve ocorrer quando estritamente necessário e embasado em conhecimento científico e habilidade técnica do profissional. Seus benefícios são de valor inestimável para o tratamento de certas patologias, porém, ao ser executado de forma inadequada os danos são maiores que os bens proporcionados, o que coloca em risco pacientes e também os profissionais que o executa (DIEZ; MONTOYA, 2005; GRAY, 2008; MAZZO et al., 2011; VAHR et al.,2013).

O cateterismo urinário é indicado nos casos de necessidade de monitoramento do volume urinário, retenção urinária, disfunção de bexiga neurogênica, obstrução do trato urinário, úlceras por pressão ou ferimentos que necessitem do desvio de urina. Pode ser utilizado ainda para instilação de medicamentos na bexiga urinária e no caso de procedimentos cirúrgicos e exames que envolvem o trato urinário. Pode ser realizado em intervalos rotineiros (cateterismo urinário intermitente) e/ou esporádicos (cateterismo urinário de alívio), ou ainda, o cateter pode permanecer por um período maior de tempo na uretra (cateterismo urinário de demora) (CÂMARA, 2009; CDC, 2009; MAZZO et al., 2011). Todavia, independentemente do tipo de procedimento realizado, a intervenção pode causar riscos e danos aos pacientes, como as ITUs e os traumatismos uretrais (SOUZA et al., 2007; CDC, 2009).

De valor inestimável para tratamento dos pacientes, a permanência dos cateteres urinários deve ser avaliada diariamente, uma vez que podem tornar-se responsáveis por internações prolongadas, ao estarem associados a infecções nasocomiais, ocasionadas pela instrumentação e manuseio do trato urinário. A maior parte das infecções hospitalares estão associadas ao uso de cateter. As infecções de trato urinário ocasionadas pelo cateter podem ainda ser influenciadas pelo sexo, idade e co-morbidades associadas ao paciente, além de fatores iatrogênicos caracterizados pela quebra da assepsia e longo tempo de permanência do cateter. Estudos indicam que a ITU pode ser minimizada com cuidados na utilização de material adequado, boa lubrificação e manipulação cuidadosa do cateter (LENZ, 2006; TSUCHIDA et al., 2008; TIWARI et al., 2012).

A maior parte das pesquisas destacam as ITUs como as mais relevantes complicações pelo uso do cateter, entretanto, é importante salientar que estudos têm demonstrado que os traumas uretrais ocorrem quase que na mesma proporção das ITUs. Todavia, na maioria das vezes não são diagnosticados e passam despercebidos. Durante o trauma as lesões constituem-se em uma porta de entrada para bactérias e são tratados com antibioticoterapia. Na maior parte das vezes o trauma é ignorado e unicamente diagnosticado com o auxílio de um urologista (LEUCK et al., 2012).

Na enfermagem, segundo resolução do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº 450/2013 a realização do cateterismo uretral é prática privativa do enfermeiro por se tratar de procedimento invasivo que pode acarretar prejuízos aos pacientes. Cabe ao técnico de enfermagem realizar as ações prescritas pelo enfermeiro, como monitorar as queixas do paciente que possam surgir após o procedimento, manter a técnica limpa ao manusear o sistema de drenagem e coleta de exames bem como fazer o registro e observação do debito urinário. (SOUZA et al., 2007; MAZZO et al., 2011; THEOFANIDIS; FONTOUKI 2011; MAZZO et al., 2012; LEUCK et al., 2012; COFEN, 2013).

Nesse sentido, o conhecimento e as ações praticadas por essa equipe devem ser consideradas como uma das principais medidas para a prevenção do trauma uretral e para atingir tal objetivo é necessário que o enfermeiro demonstre confiança e competência para o seu desenvolvimento.

Todavia, nem sempre são esses os quesitos observados na prática clínica. É comum verificar pacientes acometidos por trauma uretral durante o cateterismo urinário realizado ou monitorado pela equipe de enfermagem, que não são levados a individualidade do tratamento por essa ocorrência, a inexistência do registro da iatrogenia, e até mesmo é comum identificar durante a comunicação entre a equipe a insegurança perante o fato reportada por parte de alguns profissionais. Na literatura não existem registros de tais fatos, assim como pouca evidência tem se dado ao fato do trauma uretral.

Nesse contexto, uma vez que o cateterismo urinário é um procedimento quotidiano na prática clínica do enfermeiro e o trauma uretral está presente na realização do procedimento, esse estudo tem como:

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Identificar a conduta dos enfermeiros nas situações de trauma ocasionados na intervenção do cateterismo urinário.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever os registros dos traumas ocasionados aos pacientes durante a realização do cateterismo urinário pela enfermagem.
- ✓ Identificar as condutas tomadas pelos enfermeiros em um hospital escola nas situações de trauma uretral pela introdução do cateter,
- ✓ Identificar a autoconfiança dos profissionais para realização do cateterismo urinário, após situações de trauma ocasionadas pela intervenção do cateter urinário

REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sistema urinário

O sistema urinário é constituído pelos rins, que produzem a urina; os ureteres, que transportam a urina para a bexiga urinária, onde ela é armazenada temporariamente; e a uretra, que transporta a urina para o meio externo (SPENCE, 1991).

Os rins são órgãos marrom-avermelhados situados na parede posterior da cavidade abdominal, um em cada lado da coluna vertebral. Cada rim é coberto por uma glândula endócrina denominada glândula supra-renal. O rim esquerdo é maior que o direito, possui um comprimento médio de 11,21 centímetro (cm) e 10,97 cm, respectivamente. O direito tem espessura média de 3,21 cm na região do hilo, enquanto o esquerdo tem 3,37 cm (SPENCE, 1991; NARDOZZA; ZERATI; REIS, 2010;).

Os rins em conjunto com os impulsos hormonais e neurais que controlam seu funcionamento, são os principais órgãos responsáveis pela manutenção da estabilidade do volume do Fluido Extracelular (ECF), pela composição dos eletrólitos e também pela osmolaridade (concentração de solutos), ou seja, equilibram o ambiente do fluido interno, tendo como funções principais: manutenção do equilíbrio da água no organismo; manutenção da osmolaridade adequada dos fluidos corporais; regulagem dos eletrólitos como o sódio, potássio, cálcio, íons de hidrogênio, bicarbonato, fosfato, sulfato e magnésio; manutenção do volume adequado do plasma; excreção de produtos finais do metabolismo corporal, como ureia, ácido úrico, creatinina, bilirrubina e metabolitos hormonais e excreção de componentes estranhos como medicamentos, pesticidas e outros materiais exógenos não nutritivos ao organismo (SPENCE, 1991; SHERWOOD, 2011).

Os rins atuam no plasma, que flui através dele para produzir urina, preservando os materiais a serem retidos no organismo e eliminando materiais indesejáveis pela urina. Após a formação a urina é enviada a pélvis renal, de onde é canalizada para dentro do ureter. O ureter é um duto com paredes de músculo liso que sai na borda medial próximo à artéria e a veia renal. Existem dois ureteres, cada um levando a urina de cada rim para a bexiga urinária (SHERWOOD, 2011).

A bexiga é um órgão muscular cavitário utilizado no armazenamento e eliminação de urina. Fica localizada no assoalho da cavidade pélvica. É um músculo liso que se divide em

longitudinal interna, circular média e longitudinal externa. Na região superior, essas três camadas misturam-se e suas fibras podem mudar de direção e de plano, o que é importante para permitir boa complacência e bom esvaziamento vesical. A face anterior da bexiga está localizada atrás da sínfise púbica. No gênero masculino está localizada anterior ao reto, e no gênero feminino, localiza-se anteriormente ao útero e à porção superior da vagina. A bexiga quando cheia apresenta uma forma esférica, e quando vazia e semelhante a uma pirâmide invertida. A bexiga pode armazenar de 600 a 800 mililitro (ml) de urina (SPENCE, 1991; NARDOZZA; ZERATI; REIS, 2010).

À medida que a bexiga se enche de urina, suas paredes se distendem, estimulando receptores que produzem impulsos sensitivos para a região sacral da medula espinhal. Esses impulsos estimulam neurônios parassimpáticos que inervam a musculatura lisa das paredes da bexiga e inibem neurônios motores somáticos que se dirigem para o músculo esfíncter externo da uretra. Em consequência, quando a bexiga acumula cerca de 300 ml de urina, os músculos de sua parede se contraem, o esfíncter externo da uretra relaxa, e a bexiga se esvazia (SPENCE, 1991; NARDOZZA; ZERATI; REIS, 2010; SHERWOOD, 2011).

A uretra é um tubo muscular, revestido por uma mucosa, inserido na face inferior da bexiga urinária, que transporta a urina para o meio externo. Na conexão da uretra com a bexiga, a musculatura lisa da bexiga contorna a uretra e atua como um esfíncter, denominado esfíncter interno da uretra, que faz com que a uretra se mantenha fechada. Durante o esvaziamento da bexiga, a sua contração e as mudanças da sua forma resultantes desse processo, ocasionadas pelos estímulos simpáticos e parassimpáticos, fazem com que o esfíncter se abra (SPENCE, 1991).

A uretra feminina mede cerca de quatro cm, e faz parte unicamente do sistema urinário. Posiciona-se anteriormente a vagina abrindo-se no exterior através do óstio externo da uretra, que se localiza entre o clitóris e o óstio da vagina (SPENCE, 1991).

A uretra masculina possui cerca de 20 cm de comprimento e se dirige ao óstio externo da uretra, localizado no ápice do pênis. É dividida em três porções: parte prostática, parte membranácea e parte esponjosa. A parte prostática da uretra masculina atravessa a próstata e recebe os ductos ejaculatórios, que conduzem o esperma, e atravessam a parede posterior. Após o local da junção com os ductos ejaculatórios, a uretra masculina é usada para expulsão do esperma e também para o transporte de urina. A curta porção da uretra que atravessa o diafragma urogenital é denominada parte membranácea da uretra. A parte esponjosa da uretra é a porção mais longa, se estende desde a parte inferior do diafragma da pelve até o óstio externo da uretra que fica localizado na glande do pênis. No interior da glande, a uretra se

dilata do diafragma da pelve, a parte esponjosa da uretra recebe os ductos das glândulas bulbouretrais do sistema reprodutor. No pênis, a uretra atravessa o corpo esponjoso de pênis, uma das três colunas de tecido erétil que formam o órgão (SPENCE, 1991).

3.2 Trauma Uretral

A palavra "trauma", do ponto de vista semântico, vem do grego cujo significado é “ferida”. A terminologia trauma em medicina permite inúmeros significados, todos eles ligados a acontecimentos não previstos e indesejáveis que, de forma mais ou menos violenta, atingem indivíduos neles envolvidos, produzindo-lhes alguma forma de lesão ou dano. Uma das definições adotadas se refere ao conjunto das perturbações causadas subitamente por um agente físico, de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas nos diferentes segmentos corpóreos (SBAIT, 2014). O trauma geniturinário pode ser ocasionado por inúmeras razões como: ferimento por armas de fogo, violência, objetos contundentes, acidentes automobilísticos e ainda por procedimentos invasivos como cirurgias ginecológicas e urológicas e pelo cateterismo uretral (NARDOZZA; ZERATI; REIS; 2010).

Quando o traumatismo uretral ocorre por procedimentos invasivos pode ser denominado como trauma uretral por iatrogênias, ou seja, aquele provocado por procedimentos malsucedidos por parte de quem o fez. Nos casos de lesões da uretra provocadas pelo cateterismo, ocorre a lesão na parte anterior da uretra o que traz danos temporários e/ou às vezes irreversíveis aos pacientes (NARDOZZA; ZERATI; REIS; 2010).

O traumatismo uretral ocorre por diversas razões como a utilização do cateter mal ou não lubrificado, que provoca um atrito contra a mucosa uretral; utilização do cateter com calibre inadequado; manobras agressivas ocasionadas pela força aplicada na hora de inserção do cateter; insuflação do balonete na uretra; e/ou a fixação inadequada do cateter o que provoca a manipulação excessiva do mesmo. Quando o procedimento é realizado sem a técnica adequada podem ainda ocorrer complicações como hemorragias microscópicas, falsos trajetos, estenose de uretra e meato urinário e, em alguns casos (embora mais esporádicos) a perfuração de bexiga (LENZ, 2006; CANALES et al., 2009; MANALO; LAPITAN; BUCKLEY, 2011; MUNDY; ANDRICH, 2011).

O trauma da uretra vem acompanhado de sinais e sintomas como disúria, dor pélvica, hemorragias, jato fraco de urina, retenção urinária e infecções urinárias. O seu diagnóstico se

dá através de avaliação dos sinais e sintomas, exame físico, anamnese e de exames complementares (LENZ, 2006; CANALES et al., 2009; MANALO; LAPITAN; BUCKLEY 2011; MUNDY; ANDRICH, 2011).

O traumatismo uretral pode afetar tanto homens como mulheres, sendo mais comum pela extensão e conformação anatômica da uretra no homem. Embora no sexo feminino ocorra em menor escala, devido ao fato da uretra feminina ser de menor extensão, as mulheres não estão imunes ao traumatismo uretral, uma vez que a uretra feminina também é revestida por vasos sanguíneos, nervos e colágeno e o cateterismo feito de maneira inadequada pode levar a lesão da mucosa (DEVINE, 2003; KASHEFI et al., 2008; LEUCK et al., 2012).

O traumatismo uretral pode ser minimizado através de medidas simples, todavia de grande impacto, representadas pelo uso de lubrificantes, escolha e manuseio de materiais adequados para a introdução e fixação do cateter, além de cuidados com o balonete (MIRANDA et al., 2006; NEWMAN 2007; LEUCK et al., 2012).

Na escolha dos materiais deve ser dispensada maior atenção ao tipo de cateter. Para tanto, devem ser considerados o tempo de permanência, a razão pelo qual o cateter está sendo indicado, além do conhecimento prévio sobre o tipo de cateter que será utilizado. O cateter deve ser escolhido de acordo com o sexo, idade, anatomia e estrutura física do paciente dada pelo biótipo, peso e altura. Atualmente existem inúmeros tipos de cateter no mercado, entre os quais se destacam os de látex, silicone, etileno acetato de vinila (EVA) e cloreto de polivinil (PVC) (LAWRENCE; TURNER; 2005; VAHR et al., 2013).

O diâmetro externo do cateter é medido em milímetro (mm) e é conhecido pela *Scale Charrière* (Ch or CH) ou *French Scale* (F, Fr or FG) que medem a sua circunferência. A conexão é codificada em cores universais para denotar o tamanho do cateter que varia de 6 Fr a 24 Fr. Para pacientes do gênero feminino o calibre ideal varia entre 10 Fr a 14 Fr, enquanto que para o gênero masculino esse número varia de 12 Fr a 14 Fr. Cateteres de calibre maior devem ser utilizados para situações específicas em que haja a necessidade de drenagem hematúrica com coágulos de sangue, ou em casos em que sejam recomendados por um urologista. Optar por um cateter de menor calibre é mais indicado, já que de acordo com a literatura essa escolha contribui para a prevenção do trauma (VAHR et al., 2013).

Cuidados com o balonete devem ser observados tanto quanto ao volume indicado para preenchê-lo, quanto em relação ao momento certo de insuflá-lo. O volume para preenchimento deve ser o recomendado pelo fabricante, pois se o mesmo estiver com um volume acima do indicado o cateter exercerá uma força contra a uretra, o que poderá ocasionar o trauma. O preenchimento do balonete deve ser realizado com água destilada, uma

vez que as soluções salinas podem ser cristalizadas e reterem a sonda no canal da uretra por ocasião da retirada do cateter. O momento de insuflação do balonete deve ocorrer após a passagem do cateter urinário e após o retorno de urina (DEVINE, 2003; AARONSO et al., 2008; GRAY, 2008; KASHEFI et al., 2008; TZORTZIS et al., 2009; WILLSON et al., 2009; FAKIH et al., 2010; GORDETSKY et al., 2011).

O emprego de lubrificantes é ainda uma das questões relevantes na realização do cateterismo uretral. O lubrificante uretral mais utilizado atualmente é o revestimento hidrogel ou gel lubrificante aquoso, que quando absorvido forma uma película de água fina sobre a superfície de contato com a uretra, o que aumenta a maciez e lubrificação na inserção do cateter. Uma característica comum a todos os hidrogéis é a insolubilidade em água, o que lhes permite permanecer intactos em ambientes fisiológicos (LAWRENCE; TURNER; 2005; KASTLER; DENYS, 2011).

O uso do lubrificante é uma das principais alternativas para a prevenção do trauma uretral. Alguns estudos não citam o seu uso em pacientes do sexo feminino, porém outros o recomendam, no sentido de proporcionar ao procedimento menor desconforto e diminuição dos riscos de lesões na uretra (DEVINE, 2003).

Os lubrificantes podem vir ou não associados aos anestésicos. Entre os mais comuns, podemos enfatizar o cloridrato de lidocaína 2,0%, o qual, trata-se de uma amida terciária solúvel em lipídios, que atua nos hidrófobos das membranas celulares neurais e impede o fluxo de íons de sódio necessários para a iniciação e propagação nervosa dos potenciais de ação da dor, o que leva a uma ação anestésica local (GORDETSKY et al., 2011). Nas células uretrais atuam nos componentes neurais, modificando o limiar sensorial através de mudanças na estimulação elétrica celular. Promovem ainda a dilatação uretral, o que facilita a identificação do orifício e a inserção do cateter (BARDSLEY, 2005; CHAN et al., 2014). Ao serem utilizados promovem a introdução e a passagem do cateter, reduzindo o atrito do cateter com a mucosa uretral evitando lesões. Na literatura existem divergências sobre o tempo e quantidade de lubrificantes a serem utilizados antes da passagem do cateter. Alguns estudos recomendam cerca de 10 ml e entre 10 a 15 minutos de permanência do lubrificante antes de procedimentos em homens (PATEL; JONES; BABINEAU, 2008); cerca de 6 ml e de 5 a 30 minutos em mulheres (TANABE et al, 2004), de 0,5 a 2 ml e cerca de 2 a 3 minutos em lactentes e 0,5 a 2 ml e cerca de 10 minutos em crianças acima de um ano (GERARD et al, 2003; VAUGHAN et al, 2005).

Após a passagem do cateterismo urinário alguns cuidados devem ser tomados como a fixação adequada do cateter para ainda prevenir o trauma de uretra. O cateter pode ser fixado

na face interna da coxa em mulheres e na parte inferior do abdome em homens (POTTER et al, 2013). Um cateter mal fixado pode ocasionar tanto necrose como traumatizar a uretra e consequentemente ITU. Essa medida é simples, porém muitas vezes passa despercebida pelos profissionais que executam a técnica. (GRAY, 2008; SPINKS, 2013).

Quando ocorrem falhas em algumas das medidas de segurança na realização do cateterismo uretral o procedimento pode resultar no traumatismo da uretra. Cabe ao profissional que o executou ter habilidade técnica para avaliar os sinais e sintomas e tomar a conduta adequada. São escassos os estudos que tratam sobre os traumas ocasionados pelo uso do cateter. Todavia, embora esse procedimento seja designado pelo médico, são os profissionais de enfermagem frequentemente os responsáveis pela intervenção e cuidados com o cateter e devem ter conhecimento pleno das causas e ocorrências de traumas uretrais.

A literatura recomenda que para traumas de uretra anterior o padrão ouro é retirar a sonda e realizar nova sondagem vesical, e se não obtiver resultado satisfatório pode se optar por abordagem cirúrgica, nesse caso a avaliação médica é indispensável. No caso da nova sondagem ser bem-sucedida essa deverá ser mantida pelo período de cerca de dez dias até que a lesão se cicatrize, o uso de antibióticos pode ainda ser utilizado por medidas profiláticas para prevenir ITUs, tal decisão cabe também ao médico. Optar pela realização de nova cateterização vesical é um método para se evitar que ocorra estenose de uretra. (NARDOZZA; ZERATI; REIS, 2010).

MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

Para que o objetivo geral e os objetivos específicos desse estudo fossem atingidos foram cumpridas as seguintes etapas metodológicas:

4.1 Etapa 1

Registros dos traumas e condutas tomadas pelos enfermeiros em situações de trauma uretral durante a realização do cateterismo urinário.

Estudo descritivo realizado junto as fichas de notificação de eventos adversos de uma instituição pública do estado de São Paulo. Essa instituição é composta de duas unidades hospitalares de grande porte e alta complexidade.

4.1.1 Aspectos éticos

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), sob parecer 025/2014 (ANEXO 1), mediante autorização da instituição hospitalar (ANEXO 2). Nessa fase foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para acesso aos registros.

4.1.2 Desenvolvimento do estudo

Mediante a autorização da instituição hospitalar e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) (ANEXO 1), essa etapa foi realizada em duas unidades hospitalares de uma mesma instituição.

Nas unidades hospitalares mencionadas, todos os eventos adversos ocasionados pela enfermagem devem ser notificados pelo enfermeiro responsável pelo plantão onde o evento ocorreu, através de uma ficha de notificação disponível no sistema de informática da instituição.

Nesse sentido, para a coleta de dados dessa etapa, foi desenvolvido pelo próprio pesquisador, um instrumento (APÊNDICE 1) de perguntas objetivas. Foram coletados os dados notificados de janeiro de 2010 a dezembro de 2013, relacionados aos traumas uretrais durante a realização do cateterismo urinário, no que diz respeito aos recursos humanos envolvidos, descrição do trauma e condutas tomadas.

4.2 Etapa 2 – Conduta e autoconfiança do enfermeiro em situação de trauma.

Estudo quase experimental realizado com enfermeiros de um hospital público de grande porte do interior do estado de São Paulo.

4.2.1 Local e população do estudo

Essa etapa do estudo foi realizada em uma unidade hospitalar de uma instituição pública do interior do estado de São Paulo, que caracteriza-se por seu grande porte (164 leitos) e por seu atendimento à pacientes complexos de nível terciário, hospitalizados através de um sistema de urgência e emergência

Para a coleta de dados foram convidados todos os enfermeiros, em atividades de trabalho no período da pesquisa e inclusos os que aceitaram participar do estudo. Foram exclusos os enfermeiros em período de férias e em licença gestante. Entre os 350 enfermeiros lotados na instituição, 53 participaram do estudo.

4.2.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos:

- ✓ Para identificar dados biográficos dos sujeitos e experiências vivenciadas com trauma uretral foi construído pelo pesquisador um instrumento denominado instrumento de caracterização dos sujeitos (APÊNDICE 2).

✓ Para avaliação da autoconfiança dos enfermeiros foi utilizado a Escala de autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária (EAAERU) (ANEXO 3), elaborada e validada por MAZZO et al., (2015). Essa escala tem como objetivo avaliar a autoconfiança do enfermeiro junto a assistência de enfermagem na RU. Trata-se de uma escala de 32 itens, com respostas tipo *Likert* com cinco possibilidades: "nada confiante", "pouco confiante", "confiante", "muito confiante" e "extremamente confiante", agrupadas em 5 fatores: 1) "Intervenções realizadas durante o cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas", 2) "Intervenções prévias ao cateterismo urinário", 3) "Intervenções realizadas após o cateterismo urinário"; 4) "Comunicação, consentimento e preparo dos materiais para realização do cateterismo urinário", e 5) "Avaliação objetiva da RU" (retenção urinária).

4.2.3 Estratégia utilizada durante a coleta de dados para os enfermeiros vivenciarem o trauma de uretra

Para a coleta de dados dessa etapa do estudo foi utilizada prática simulada de baixa fidelidade. A simulação tem por objetivo apresentar um cenário próximo da realidade, em que o executor possa desenvolver a capacidade de lidar com situações de stress, tomadas de decisão, raciocínio crítico e desenvolver habilidades. Tem sido um método reconhecido, para a melhora da aprendizagem, autoconfiança, satisfação, motivação e desenvolvimento de habilidades (MARTINS.et al., 2014).

Ao ser executada, a depender do objetivo da atividade, utiliza uma variedade de recursos e é caracterizada em torno de sua complexidade.

Nesse estudo foram utilizados simuladores de baixa fidelidade (simuladores estáticos que tratavam-se de peças anatômicas, pelves masculinas e femininas, que possibilitam a realização do cateterismo urinário intermitente; e material médico hospitalar semelhante ao utilizado para a realização do cateterismo urinário na unidade hospitalar.

Para a atividade, foi construído um cenário de baixa complexidade, relacionado ao tema proposto (trauma uretral). A construção do cenário foi realizada mediante revisão da literatura (CDC, 2009; MAZZO et al., 2011; MAZZO et al., 2012) e fundamentada na taxonomia de Bloom et al., (1956), revisada por Anderson et al., (2001). O cenário constava da necessidade de cateterização urinária de uma pelve. Durante o procedimento o executante encontrava resistência uretral e tinha como desfecho a drenagem de hematúria.

O cenário foi validado por um grupo de juízes especialistas não participantes da pesquisa. Foi considerado como nível de concordância aceitável entre os juízes 70% (GRANT; DAVIS 1997).

4.2.4 Desenvolvimento do estudo

A coleta de dados foi realizada durante um programa destinado aos enfermeiros da instituição hospitalar onde o estudo foi realizado. O treinamento teve como tema central *Cuidados com o cateterismo urinário e prevenção do trauma uretral*

Todos os enfermeiros da instituição (n=350) foram convidados a participarem da atividade. Entre eles 53 aceitaram o convite e se inscreveram no evento.

O evento foi oferecido nos diversos turnos de trabalho dos enfermeiros (manhã, tarde e noite) e teve duração de duas horas. Para cada dia de realização do evento foram oferecidas dez vagas de participação.

Os enfermeiros participaram do programa com atividades teórico-práticas em grupos de dez enfermeiros. A atividade foi realizada dentro da própria instituição hospitalar. As atividades teórico-práticas foram compostas por práticas simuladas de baixa fidelidade e seus respectivos *debriefings*.

Durante a atividade os enfermeiros foram submetidos à cenário de trauma de uretra em simulador de baixa fidelidade. Após o desenvolvimento do cenário os enfermeiros responderam o instrumento de caracterização biográfica e de experiências vivenciadas com o trauma e a EAAERU (MAZZO et al., 2015). A seguir, foi realizado o *debriefing* da atividade.

Todos os enfermeiros participantes do evento foram convidados a participar do estudo. Não houve recusas.

4.2.5 Análise dos dados

As respostas aos itens da EAAERU foram pontuadas de 1 a 5.

Os dados da pesquisa foram codificados e digitados duplamente em planilhas do aplicativo Excel, que foram exportados e analisados no programa SPSS, versão 22

(Windows). Foi utilizada estatística descritiva e testes paramétricos e não paramétricos. Para todos os testes estatísticos realizados, foi assumido o valor de $p<0,05$ como valor crítico de significância.

Para análise da EAAERU foram realizados testes de cálculo de consistência interna, através do coeficiente de alpha (α) Cronbach. Assim como na escala original, os itens foram analisados nas dimensões: 1) Intervenções realizadas durante a realização do cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas, 2) Intervenções prévias a realização do cateterismo urinário, 3) Intervenções realizadas após a realização do cateterismo urinário, 4) Comunicação, consentimento e preparo dos materiais para realização do cateterismo urinário e 5) Avaliação objetiva da RU.

A discussão dos resultados da pesquisa foi realizada com fundamentação na revisão da literatura, pertinentes aos objetivos propostos e apresentados na forma de relatório discursivo.

4.2.6 Aspectos éticos

Esse estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, após autorização da instituição.

Para a coleta de dados os enfermeiros foram convidados a participar do estudo durante a atividade de treinamento. A participação no treinamento não estava vinculada a participação no estudo. Foi mantido o anonimato e o voluntariado da participação e foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Etapa 1

Entre as cercas de 5300 (100,0%) notificações realizadas no serviço, somente 27 (1,96%) estavam relacionadas aos problemas urinários. Entre elas 22 compreendiam problemas com produtos médicos hospitalares, sem danos ao paciente e cinco estavam diretamente relacionadas ao cuidado do paciente.

O Quadro 1, apresenta as notificações realizadas no que diz respeito ao ano de notificação, profissional responsável pela notificação, clínica do evento e evento notificado, e o Quadro 2 representa as notificações que causaram danos diretos aos pacientes.

Quadro 1 - Ano de notificação, profissional responsável pela notificação, clínica do evento e evento notificado. Ribeirão Preto, 2014.

Ano da notificação	
2011	16
2012	4
2013	2
2014 (janeiro à agosto)	0
Profissional que realizou a notificação	
Enfermeiro	18
Auxiliar Enfermagem	2
Oficial Administrativo	1
Terapeuta Ocupacional	1
Clínica de notificação	
Bloco Cirúrgico	8
Sala Urgência	3
Centro de terapia intensiva pediátrico	2
Unidade Coronária	1
Clínica Civil	2
Unidade de Transplante de Medula óssea	1
Serviço Diagnóstico	1
Centro de Reabilitação	1
Unidade de internação	1
Eventos	
Bolsa coletora (furo, problemas drenagem, problemas dispositivos de aspiração)	13
Embalagem da sonda foley (lacre, identificação, corpo estranho)	5
Dispositivo de insuflar balonete e desinsuflar balonete	3
Sonda obstruída	1

Quadro 2 - Notificações que causaram danos aos pacientes segundo ano da notificação, clinica, idade, sexo, profissional que notificou, dano, descrição, profissional que realizou procedimento, conduta e causas. Ribeirão Preto, 2014.

Ano	Clínica	Idade*	Sexo**	Notificado por	Dano	Descrição	Procedimento realizado por	Conduta	Possíveis causas atribuídas
2011	Não especificou	50	F	Auxiliar de Enfermagem	Técnica não preconizada no serviço	SVD realizada com sistema aberto e método de antissepsia não preconizado no serviço	Médico residente	Não informada	Falta de conhecimento
2012	Clínica Médica	79	F	Oficial administrativo	Uretrorragia	Trauma uretral na inserção por manipulação excessiva e fixação inadequada	Auxiliar de enfermagem	Comunicada equipe médica e realizada nova SVD conforme orientação recebida	Manipulação excessiva e fixação inadequada
2012	Clínica Médica	82	F	Médico	Hematúria	Trauma uretral pela insuflação no balonete na uretra	Equipe de Enfermagem	Não informada	SVD com sistema fechado sem aspiração da urina antes da conexão da sonda com o coletor
2012	Bloco Cirúrgico	50	M	Enfermeiro	Bexigoma e Uretrorragia	Trauma uretral pela insuflação no balonete na uretra	Equipe de Enfermagem	Retirada SVD e passado coletor urinário	Não especificada
2013	Não especificou	77	F	Enfermeiro	Não irrigação da bexiga no pré-operatório de cirurgia urológica	Sonda vesical de demora inserida na vagina	Médico residente	Comunicada equipe médica	Não especificada

*anos; **F- feminino; M-masculino

5.2 Etapa 2

Essa segunda etapa foi desenvolvida em um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, com os enfermeiros, durante a jornada de trabalho e contou com um total de 53 participantes. Para essa etapa foi desenvolvido um cenário de simulação de baixa fidelidade, de trauma uretral, com o intuito de avaliar a autoconfiança do enfermeiro durante a ocorrência de trauma de uretra na introdução do cateterismo urinário.

Entre os 53 participantes a maior parte era do sexo feminino, possuíam idade média de 36 anos. O sujeito mais jovem possuía 26 anos e o mais idoso 52 anos. A caracterização dos sujeitos quanto ao sexo e idade estão descritas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Caracterização dos sujeitos quanto ao gênero. Ribeirão Preto, São Paulo 2015

Gênero	F	%
Feminino	40	75,5
Masculino	9	17,0
Nao responderam	4	7,5
Total	53	100

Tabela 2. Caracterização dos sujeitos quanto a idade. Ribeirão Preto, São Paulo 2015

Idade (Anos)	F	%
≤ 26 a 36 anos	33	62,2
≤ 37 a 47 anos	14	26,4
≤ 48 anos	6	11,4
Total	53	100

Entre os enfermeiros a maioria dos sujeitos possuía menos de dez anos de formação e 39 (73,5%) já realizaram algum curso de formação a nível de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado stricto sensu). Entre os sujeitos que cursaram especialização apenas um possuía especialização em estomoterapia. Os dados de distribuição dos sujeitos quanto ao tempo de trabalho e pós graduação cursada estão apresentados nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Caracterização dos sujeitos quanto ao tempo de formação. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Anos de formação	F	%
≤ 10 anos	38	71,7
≤ 11 A 20 anos	12	20,8
≤ 21 anos	3	7,6
Total	53	100,0

Tabela 4. Caracterização dos sujeitos quanto a pós-graduação. Ribeirão Preto, São Paulo 2015

Pós-graduação	F	%
Especialização	29	54,7
Doutorado	2	3,8
Cursando doutorado	1	1,9
Mestrado	5	9,4
Cursando mestrado	2	3,8
Total	39	100,0

Quando indagados quanto a realização do cateterismo urinário, 53 (100,0%) dos sujeitos afirmaram que já realizaram o procedimento e a maior parte já vivenciou alguma dificuldade. A frequência de realização do procedimento e de vivência de dificuldades descrita pelos sujeitos e a conduta tomada por eles na situação estão descritas nas Tabelas 5, 6 e 7 .

Tabela 5. Distribuição da frequência de realização do cateterismo urinário, segundo a resposta dos sujeitos de pesquisa. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015.

Frequência do cateterismo	F	%
Às vezes	31	58,5
Todo o plantão	13	24,5
Esporadicamente	9	17,0
Total	53	100,0

Tabela 6. Distribuição dos sujeitos quanto a dificuldade com o cateterismo. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015

Dificuldade durante cateterismo urinário	F	%
Algumas vezes	41	77,3
Não	7	13,2
Uma única vez	4	7,5
Sempre	1	1,9
Total	53	100

Tabela 7. Distribuição dos sujeitos quanto a conduta diante de trauma uretral na realizaçao do cateterismo urinário. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015

Conduta	F	%
Chama outro profissional	24	45,3
Não teve dificuldade	8	15,1
Tenta repassar o cateter	7	13,2
Outra	13	24,5
Não respondeu	1	1,9
Total	53	100,0

Os profissionais que responderam que tomam outra conduta informaram que 14 (26,4%) solicitam a equipe médica, quatro (7,5%) solicitam outro enfermeiro, cinco (9,4%) repassam o cateter (maior ou menor calibre) e um (0,5%) chama outro profissional da equipe de enfermagem.

Quando indagados se foram solicitados para avaliar um trauma uretral 34 (64,2%) dos enfermeiros responderam que sim. A frequência dessa atitude está descrita nas Tabelas 8.

Tabela 8. Distribuição dos sujeitos quanto frequência de avaliação de trauma de uretral. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015

Avaliação de trauma uretral	F	%
Algumas vezes	30	56,6
Não	19	35,8
Uma única vez	2	3,8
Não responderam	2	3,8
Total	53	100,0

As condutas tomadas pelos 32 (60,3%) enfermeiros quando solicitados para avaliação de trauma de uretra foram 28 (52,8%) solicitam a equipe médica, sete (13,2%) avaliam e solicitam a equipe médica, sete (13,2%) tentam repassar o cateter, um (0,5%) reposiciona o paciente e repassa o cateter, um (0,5%) decide em conjunto com a equipe médica a conduta a ser tomada e um (0,5%) notifica o gerenciamento de risco. Houve mais de uma resposta por sujeito.

Para a avaliação da autoconfiança dos enfermeiros foi utilizada a EAAERU (MAZZO et al, 2015). Conforme apresentado na Tabela 9, a avaliação do instrumento através do *Alpha de Cronbach* (0,966) demonstrou a confiabilidade da escala na amostra estudada.

Tabela 9. Estatística desccritiva dos fatores através do *Alpha de Cronbach*. Ribeirã Preto, São Paulo, 2015.

Fatores	Alpha de Cronbach
Fator 1	0,904
Fator 2	0,897
Fator 3	0,932
Fator 4	0,875
Fator 5	0,664
Geral	0,966

Os dados apresentados quanto a autoconfiança dos sujeitos na realização do cateterismo urinário estão demonstrados na Tabela 10.

Tabela 10. Autoconfiança dos sujeitos na realização do cateterismo urinário após atividade simulada de trauma de uretra. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015

Itens do instrumento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escutar a queixa	3	5	4,1	0,818
Avaliar o paciente	2	5	3,7	0,794
Palpar a bexiga	1	5	3,5	0,932
Estimar, por palpação...	1	4	2,5	0,775
Decidir pelo Cateterismo	2	5	3,6	0,925
Material higiene intima	2	5	4,4	0,834
Material...procedimento	3	5	4,2	0,750
Comunicar...	3	5	4,3	0,732
Obter o consentimento...	1	5	3,9	0,917
Assegurar a biossegurança	3	5	4,3	0,738
Realizar a lavagem das mãos	3	5	4,5	0,667
Realizar higiene íntima...	3	5	4,3	0,774
Abrir o material	3	5	4,1	0,745
Definir o nível de assepsia...	2	5	3,9	0,842
Realizar a antissepsia do períneo	1	5	3,9	0,941
Decidir usar ou não lubrificante...	2	5	3,7	0,996
Introduzir a sonda	2	5	3,8	0,885
Definir o comprimento...	2	5	3,5	0,867
Bolsa coletora...	2	5	4,2	0,891
Intervir quando não há drenagem...	1	5	3,2	1,012
Intervir quando há hematúria	1	5	3,0	1,018
Decidir que intervenção realizar quando encontra-se resistência à progressão do cateter	1	5	3,0	1,185
Fixar o cateter	2	5	3,9	0,934
Intervir... se há desconexão	1	5	4,0	1,143
Realizar a colheita de urina	2	5	4,0	0,919
Avaliar o volume de urina	2	5	3,7	1,011
Avaliar bolsa coletora	2	5	3,8	0,871
Decidir quando retirar um cateter	1	5	3,2	1,045
Dar ao material o destino	2	5	4,2	0,907
Registrar	2	5	4,2	0,885
Avaliação do paciente após...	2	5	3,9	0,913

Tabela 11. Autoconfiança dos sujeitos na realização do cateterismo urinário após atividade simulada de trauma de uretra, segundo os fatores propostos na EAAERU. Ribeirão Preto, 2015

Fatores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator 1 Intervenções realizadas durante o cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas	1,8	4,9	3,4	0,782
Fator 2 - Intervenções prévias ao cateterismo urinário	3,0	5,0	4,4	0,616
Fator 3 - Comunicação, consentimento e preparo dos materiais para realização do cateterismo urinário	2,3	5,0	4,0	0,776
Fator 4 - Intervenções realizadas após o cateterismo urinário	2,7	5,0	4,3	0,663
Fator 5 - Avaliação objetiva da RU	2,0	4,5	3,5	0,606

Os profissionais também foram questionados quanto à frequência que realizavam o cateterismo urinário em sua unidade de trabalho bem como o grau de dificuldade para realizar o procedimento, para tais associações com os fatores da EAAERU foi utilizado o teste *crosstabs*, que estão descritos nas tabelas 12.

Tabela 12. Associação da autoconfiança dos sujeitos nos fatores, segundo a frequência de realização do cateterismo urinário. Ribeirão Preto, 2015.

Fatores	Todo Plantão		Às Vezes		Esporadicamente	
	F	Média	F	Média	F	Média
Fator 1 Intervenções realizadas durante o cateterismo urinário e/ou em situações iatrogênicas	13	3,6	31	3,47	9	3,03
Fator 2 - Intervenções prévias ao cateterismo urinário	13	4,4	31	4,18	9	3,93
Fator 3 - Comunicação, consentimento e preparo dos materiais para realização do cateterismo urinário	13	4,2	31	3,9	9	3,71
Fator 4 - Intervenções realizadas após o cateterismo urinário	13	4,3	31	4,09	9	3,88
Fator 5 - Avaliação objetiva da RU	13	3,6	31	3,20	9	3,02

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 Etapa 1

Enquanto profissionais que cuidam de forma diuturna dos pacientes, os enfermeiros necessitam minimizar o sofrimento, colocar o paciente no centro do cuidado e reduzir o máximo possível os danos ocasionados. Para tanto, é necessário que prestem uma assistência de qualidade, com eficiência e com segurança, tanto para os pacientes, como para os próprios profissionais.

Na profissão, Florence Nightingale foi uma mulher visionária, e a frente do seu tempo promoveu transformações significativas, através de novas formas de assistência à saúde, que preconizavam a prevenção de erros no cuidado ao paciente. Todavia, somente após meio século de suas declarações, motivados pela publicação *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (PEDREIRA, 2009) iniciou-se um movimento sobre segurança do paciente. WACHTER, 2013).

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. Está situada no paciente e implica que os seus agentes de trabalho estejam coligados aos usuários na busca por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população. (TREVIZAN et al., 2002). Tais atitudes encontram-se declaradas no *Código de Ética dos profissionais de enfermagem do Brasil* (COFEN, 2007*)*, reestruturado e aprovado pelo COFEN em 2007. O documento estabelece numa declaração pública que o aprimoramento do comportamento ético do profissional, é almejado através de questões morais, valores e desígnios da enfermagem. Estima prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização (COFEN, 2007).

Em contrapartida a esses questionamentos, podem ainda ser identificados muitos erros nas práticas em saúde. Entre eles, destacamos o trauma uretral, inquietação dessa pesquisa. A ocorrência de traumas uretrais está presente no cotidiano do trabalho da enfermagem e prevenir e minimizar esse problema deve ser compromisso do enfermeiro.

Na primeira fase desse estudo, ao se avaliar as 5300 notificações documentadas de um grande hospital escola, conforme demonstra o Quadro 1, foram encontradas apenas 27 relacionadas as questões urinárias. A maior parte realizada no ano de 2016, pelo enfermeiro e

na unidade de transoperatório. Entra elas, algumas ainda haviam sido realizadas por outros profissionais da equipe de enfermagem (auxiliares de enfermagem), por pessoal de secretaria e ainda por outro tipo de profissional da área da saúde. Entre os eventos notificados a maioria relacionava-se a problemas com o tipo e com a qualidade do material utilizado.

O cateterismo urinário de demora é um dos procedimentos mais realizados dentro das instituições de saúde (MAZZO et al., 2013) que envolve alta complexidade e alta incidência de realização, motivos esses que levaram desde 2013, no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, designar o enfermeiro para a sua execução e vigilância epidemiológica (COFEN, 2013). Nesse contexto, os dados encontrados nesse estudo causam-nos estranheza, tanto pelo insignificante número de notificações, assim como pelos motivos salientados e outros profissionais envolvidos.

Entre os eventos notificados relacionados ao paciente, conforme o Quadro 2, foram encontrados três relacionados à trauma de uretra, ocasionados segundo os relatos das fichas de notificação, por manipulação excessiva da uretra durante o procedimento, "uso de sistema fechado "e uma não notificada. Documentou-se ainda conduta relacionada a técnica de antissepsia e um caso de procedimento realizado de forma errônea.

Durante a realização do cateterismo urinário é de primordial importância a lubrificação da uretra e o uso de calibre adequado do cateter, o que evita a manipulação desnecessária e previne ocorrências de lesões internas na uretra. Preconiza-se que sejam utilizados no homem cerca de 10 ml de lubrificante, na mulher 6 ml e na criança de 0,5 a 2 ml há depender da sua idade. (GERARD et al. 2003; VAUGHAN et al., 2005; MAZZO et al., 2012). Ainda sobre o assunto cabe salientar que se preconiza o uso de sistema fechado na introdução do cateter como forma de prevenção de infeção do trato urinário. Todavia é dever do profissional na introdução do cateter, aguardar a drenagem de urina no sistema, antes de insuflar o balonete da sonda, motivo comum da lesão de uretra (NEWMAN, 2007). Quanto ao balonete do cateter, salienta-se ainda que nas notificações dos dados do estudo, observa-se que diversos cateteres foram recusados durante o teste prévio de insuflação do balonete antes da introdução do cateter, devido a não resposta a insuflação e desinsuflação do mesmo, o que contraria autores internacionais quanto a não necessidade de teste prévio do balão (POTTER et al., 2013). Nesse assunto, acreditamos que outros estudos devam ser realizados para a comprovação desses dados frente à qualidade de materiais utilizados na realidade local.

As medidas de prevenção de infecção relacionadas a técnica e ao uso do cateter, devem ser discutidas e orientadas a toda a equipe de profissionais. Entre elas destaca-se a higiene do períneo, a prevenção de traumas na introdução do cateter e a vigilância e

suspensão do procedimento no menor tempo possível. No entanto, muitos são ainda os mitos e rituais relacionados a antissepsia e ao uso de antissépticos durante a realização do procedimento por parte dos profissionais (MAZZO et al., 2011).

Destacamos entre os relatos encontrados a suspensão de procedimento cirúrgico pela introdução de cateter urinário de demora, para irrigação previa a procedimento, erroneamente realizado na vagina da paciente. Tal fato foi comunicado após 24 horas da ocorrência, estando a paciente já em ambiente transoperatório. Segundo a ficha de notificação a comunicação tardia se deu para apresentação da conduta do outro profissional, fato esse, que pode ser discutido, tanto do ponto de vista legal como bioético da situação. É dever do profissional zelar pela integridade e segurança do paciente.

A segurança do paciente pode ser definida como a redução de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como, pelo emprego de adequadas práticas para obter efeitos excelentes para o paciente (BRASIL, 2013). Um cuidado seguro é obtido através de um profissional confiante, eficaz é ético.

O comprometimento ético dos profissionais de enfermagem, no cuidado ao ser humano, deve pautar-se na bioética, como prática de ações permeadas por uma postura crítica e reflexiva, em que incide a distinção humana; valores com o meio ambiente e interdisciplinares, transculturais, dialógicos, e sedimentados pelos princípios da justiça, autonomia, beneficência e não maleficência (ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006; MOURA; NEIVA, GOMES, 2015). A bioética originou-se a partir de questões sobre os extremos das pesquisas e/ou experimentos com seres humanos. Hoje em dia, compreende demandas relacionada à limítrofe vida /morte, dignidade dos seres humanos, vida no planeta, conduta e pesquisas com animais, direitos individuais e coletivos. (SAUTHIER; SEIXAS, 2009). Está intrinsecamente relacionada à profissão da enfermagem e aos cuidados em saúde.

6.2 Etapa 2

A autoconfiança se refere ao grau de convicção e firmeza numa determinada crença, mesmo que a situação não seja específica. Segundo Bandura (1993), referencial teórico utilizado nesse estudo, o indivíduo autoconfiante visualiza cenários e resultados positivos antes mesmo de sua ocorrência (BANDURA, 1993). Gera emoções positivas, combate

sentimentos como medo e vergonha, estimula a concentração e eleva o esforço para a concretização dos objetivos (BANDURA, 1990).

A auto eficácia pode ser confundida com a autoconfiança, embora tenham definições diferentes as mesmas estão relacionadas entre si. A auto eficácia é a crença em que o indivíduo deposita em si mesmo, na qual acredita ser capaz de executar e de obter êxito em determinado projeto e/ou ação e controlar os eventos que afetam sua vida. A auto eficácia se modifica de momento a momento, de situação para situação, não sendo um traço constante de personalidade do indivíduo. (BANDURA, 1993)

A autoconfiança é uma qualidade geral e imutável do indivíduo, não sofre mudanças em variados ambientes em que onde o sujeito está inserido. É a auto eficácia que fornece base para que a autoconfiança seja construída. (FELTZ; CHASE ,1998; BANDURA, 1995).

Um profissional com autoconfiança consegue executar suas atividades com sapiência e preparo, alcançando um resultado positivo. Na enfermagem, para proporcionar conforto ao paciente e a sua equipe de trabalho, os enfermeiros precisam demonstrar autoconfiança. Atributos relacionados à autoconfiança podem ser exemplificados pela inteligência emocional, competência, resiliência, confiança, atitude e habilidade cognitiva. Tais sentimentos capacitam os profissionais para agir frente a situações estressantes, proporcionam domínio da circunstância e das emoções, focando em um resultado positivo (WHITE, 2009; PERRY, 2011).

6.2.1 Caracterização dos sujeitos

Para avaliar a autoconfiança dos profissionais, durante a Etapa 2 desse estudo, foi realizado um workshop simulado com o tema *Retenção Urinária e Traumatismo Uretral*, junto a enfermeiros da prática assistencial.

O evento foi realizado em diversos turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) e em dias consecutivos para oportunizar que todos os enfermeiros da instituição participassem. Entre os 350 enfermeiros que exercem suas atividades na instituição, 53 (15,1%), participaram da atividade.

Entre os 53 (100,0%) participantes, conforme demonstram as Tabelas 1 e 2 a maior parte era do sexo feminino e possuíam 36 anos de idade média. Quanto ao tempo de formação, Tabela 3, a maioria (71,7%), possuíam menos de dez anos de formado. Entre os

participantes 73,6% já haviam cursado ou estavam cursando pós-graduação (mestrado e doutorado stricto sensu e/ou especialização). O processo da educação permanente se faz necessário, uma vez que cada vez mais se nota um aumento da complexidade e a necessidade da excelência dos cuidados (COFEN, 2015). As características dos participantes encontrados nessa instituição, reforçam a evolução da carreira de enfermagem, que passou de profissão caritativa, exercida exclusivamente por mulheres, a uma ciência que busca a aquisição e desenvolvimento de competências para a autonomia profissional (ZOBOLI; SARTÒRIO, 2006).

Ao serem questionados sobre a realização do cateterismo urinário 53 (100,0%) dos profissionais responderam que já haviam efetuado o procedimento, com variados níveis de frequência (Tabela 5), o que reforça a tese do quanto comum é na prática clínica a realização do cateterismo urinário (MAZZO et al., 2015) e ressalta a importância técnica da normatização do COFEN em relação ao procedimento e a atribuição dessa intervenção exclusivamente pelo enfermeiro (COFEN, 2013).

Ainda em diferentes escalas de frequência (Tabela 6), onde predominou a maior constância, foi relatado pela maioria dos enfermeiros pesquisados, 46 (86,8%), a vivência de alguma dificuldade na prática do cateterismo urinário. Entre a maioria, a conduta tomada em tal situação (Tabela 7), foi solicitar auxílio de outro profissional 24 (45,3%).

Também quando indagados se já haviam sido solicitados para avaliar trauma uretral, a maior parte dos enfermeiros 32 (59,4%) disseram que sim. A maior frequência de conduta tomada em tais situações também foi a solicitação da equipe médica (Tabela 8).

Sobre essas questões, a literatura recomenda que diante de um trauma de uretra é necessário uma nova e imediata intervenção, com o intuito de realizar a cicatrização da lesão, evitando estenose de uretra. Somente em casos onde a intervenção não for eficiente, é recomendado uma avaliação médica, para possível condução cirúrgica da situação (NARDOZZA; ZERATI; REIS, 2010). A maior ocorrência de traumas de uretra está relacionada ao uso inadequado de lubrificantes.

O uso de lubrificantes na uretra em quantidades adequadas é indispensável para a redução do trauma uretral (6 ml na mulher, 10 ml no homem e de 0,5 a 2 ml na criança). Tem o objetivo de reduzir o atrito do cateter contra a uretra, tanto na introdução, como na retirada. Pode estar associado ao cateter (cateteres lubrificados) ou ser ministrado diretamente na uretra junto a sua inserção. Geralmente os lubrificantes utilizados na introdução dos cateteres uretrais encontrados no mercado, estão associados ao uso de anestésicos locais. Todavia existem controvérsias em relação à efetividade desses medicamentos por essa via e também

alertas para o uso indiscriminado de anestésicos em pacientes clinicamente predisponentes a seus efeitos adversos (pacientes cardíacos podem ter se quadro agravado e complicações neurológicas), (GERARD et al., 2003; BARDSLEY, 2005; VAUGHAN et al., 2005; TZORTZIS et al., 2009; GORDETSKY et al., 2011).

O procedimento de cateterismo urinário é de competência do enfermeiro (COFEN, 2013) e para tanto, há necessidade de domínio e responsabilidade pela intervenção. Independentemente do diagnóstico do paciente e/ou do contexto clínico, enfermeiros competentes demonstram competência estando aptos a desempenhar o cuidado do paciente (CAMELO, 2012). No cateterismo urinário a competência constitui domínio da técnica de introdução do cateter, dos conhecimentos de base científica, da capacidade para tomar decisões imediatas no intuito de evitar traumatismos uretrais e ITUs. Cabe ainda ao enfermeiro competente realizar ou delegar, supervisionar, orientar e avaliar, cuidados de enfermagem na manutenção do cateterismo urinário de demora, dos registros de queixas e das ações efetuadas, da monitoração das condições do sistema de drenagem, do balanço hídrico e do uso de técnicas assépticas. (COFEN, 2013).

6.2.2 Autoconfiança dos profissionais na Assistência de Enfermagem na RU

Após treino simulado de baixa fidelidade com ocorrência de trauma de uretra os enfermeiros responderam a EAAERU (MAZZO et al, 2015). Os valores obtidos na análise do instrumento *alpha de Cronbach* (0,966), demonstram a confiabilidade da escala para a amostra estudada (Tabela 9), assim como na sua utilização original.

Quanto à autoconfiança, a análise descritiva dos itens do instrumento, conforme apresentado na Tabela 10 indicam que os participantes possuem menos autoconfiança nos itens palpação da bexiga, estimar por palpação o volume de urina na bexiga, obter o consentimento do paciente para realização do cateterismo urinário, realizar a antissepsia do períneo, intervir quando não há drenagem de urina, intervir quando há hematúria, intervir quando o cateter apresenta resistência a progressão e intervir quando há quebra na conexão do sistema fechado (escore 1= nada confiante). As menores médias obtidas nessa análise encontram-se relacionadas a estimar por palpação o volume de urina na bexiga, intervir quando há presença de hematúria e intervir quando o cateter apresenta resistência ao ser introduzido. Tal fato pode ser corroborado também com a Tabela 11, que analisa a

autoconfiança entre os fatores do instrumento (menores escores no Fator 1/ Intervenções realizadas durante o cateterismo urinários e/ou em situações iatrogênicas e Fator/5 Avaliação objetiva da RU)

O exame físico da bexiga é impossível de ser realizado a menos que o órgão esteja distendido pela presença de urina e ultrapasse a sínfise púbica. Geralmente em casos de distensão relaciona hipersensibilidade e utiliza como semiotécnica a percussão (BICKLEY, 2010). Para mensurar com precisão o volume de urina na bexiga, atualmente tem sido utilizado o ultrassom portátil de bexiga. O ultrassom portátil de bexiga, é um equipamento que possui baixo custo benefício, não invasivo, seguro e que determina com precisão e confiabilidade o volume de urina estimado na bexiga (PALESE et al., 2010).

Os itens relacionados ao trauma ocasionado pela introdução do cateter urinário (hematúria) e não progressão do cateter, têm sido alguns dos mais citados enquanto fatores de não confiança entre estudantes, profissionais e também entre pacientes durante a realização do cateterismo urinário (SILVA et al., 2015; MAZZO et al., 2015; JORGE, 2014). Para minimizar tal situação, conforme já discutido nesse estudo é necessária maior atenção dos profissionais à lubrificação do cateter. Além disso, sã imprescindíveis a vigilância e o registro das situações ocorridas, para garantir maior segurança do paciente e qualidade do serviço. Os dados encontrados nessa fase do estudo contradizem os resultados da sua primeira etapa. Pela resposta dos enfermeiros com relação à frequência de traumas e com relação aos fatores de sua não confiança, demonstram que o trauma de uretra existe na prática, mas que é pouco documentado. Os registros de situações não desejadas, num sistema de qualidade, levam a estratégias que geram benefícios, com ações de treinamento e qualificação da assistência, o que repercute em segurança do paciente e também do profissional.

Os maiores escores de autoconfiança encontrados foram relacionados ao Fator 2 (Intervenções prévias ao cateterismo urinário), as quais incluem medidas de higiene, privacidade, antissepsia da pele do paciente e do profissional. Tais medidas comumente têm sido reforçadas nos ambientes de formação, com mitos e rituais e frequentemente são incorporadas como as prioritariamente relevantes na realização da intervenção, o que pode demonstrar a autoconfiança dos profissionais nesses itens (MAZZO et al., 2012).

O ensino da intervenção de cateterismo urinário na enfermagem, em diversas instituições, ainda tem sido realizado na maior parte das vezes, em peças anatômicas, sem nenhum senso de realidade e feedback, o que compromete o aluno que migra para a prática profissional e têm que lidar com as dificuldades diante do paciente, afetando a segurança de ambos (JÖUD et al., 2010).

A associação da autoconfiança dos profissionais com a frequência de realização do procedimento, conforme apresenta a Tabela 12, indica que quanto maior a frequência de prática da intervenção, maior é a autoconfiança na execução do cateterismo urinário. Dessa forma, é oportuno e necessário, elaborar programas de educação continuada, com o objetivo de trazer novas aprendizagens e rever conhecimentos. Essa é uma estratégia de qualificação do profissional em seu ambiente de trabalho, em atividades aplicadas de acordo com a necessidade da prática. Enquanto estratégia para efetivar tal situação têm se destacado o uso da simulação (DEVINE, 2003; KASHEFI et al., 2008; MANALO; LAPITAN; BUCKLEY, 2011; MARTINS et al., 2014).

A simulação em enfermagem é uma aliada para a boa prática clínica, é excelente para ser usada na educação continuada, pois através desta o profissional, conseguirá lidar com suas dificuldades em um cenário realístico, podendo ali corrigir suas falhas e melhorar o seu desempenho (JÖUD et al.2010; MARTINS et al., 2014).

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O cateterismo urinário é uma intervenção comum no cotidiano do enfermeiro. Possui valor terapêutico e faz parte do tratamento do paciente.

Os dados encontrados nesse estudo demonstram que frequentemente estão associados a sua realização a ocorrência de traumas de uretra os quais raramente são notificados. Na presença do trauma de uretra, os enfermeiros demonstram baixos escores na autoconfiança para a tomada de decisão e avaliação objetiva da RU.

A autoconfiança é um elemento fundamental que permite ao enfermeiro executar um procedimento com segurança e domínio, minimizando os riscos para si e para o paciente. Dessa forma, para que o cateterismo urinário seja efetuado com qualidade e segurança o enfermeiro deve assumir a competência de sua efetivação. Para tanto necessita de conhecimento científico e prático e constantes programas de atualização. São necessários ainda a observância de fatores relacionados a qualidade dos recursos materiais e contingente profissionais pelas insituições.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AARONSO, D.S., et al. Meta-analysis: Does lidocaine gel before flexible cystoscopy provide pain relief. **British Journal of Urology International** EUA v.104, p.506-510, 2008.

ANDERSON, L.W. et al. A taxonomy for learning, teaching and assessing: a revison of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. Nova York: **Addison Wesley Longman**, 2001.

BANDURA, A. Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. **Journal of Applied Sport Psychology**, v. 2, p. 128-163, 1990.

BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational psychologist**, v. 28, n. 2, p. 117- 148, 1993.

BANDURA, A. Self-efficacy in changing societies. New York: **Cambridge University Press**, 1995.

BARDSLEY, A **.** Use of lubricant gels in urinary catheterisation. **Nursing Standard.** v.20, n 8, p. 41-46 2005.

BICKLEY, L. S.; SZILAGYI, P. G. **Bates Propedência Médica.**10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BLOOM, B.S. et al. **Taxonomy of educational objectives**. EUA, v.1, p. 262, 1956.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/964-sas-raiz/dahu-raiz/atencao-hospitalar/l3-atencao-hospitalar/13478-eixo-atencao-hospitalar acesso em 23/02/16 as 09:00.

CÂMARA, F.R. Cateterismo vesical. **Enfoque Urológico**, 2009.

CAMELO, S.H.H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.20, n.1, 2012.

CANALES, B.K. et al. Urethral catheter insertion forces: A comparison of experience and training. **International Brazilian Journal of Urology.** v. 35 **(**1), p. 84-89, January, 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections**, EUA, 2009. Disponível em: http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_catheter_assoc.htm. Acesso em 27 de novembro de 2012.

CHAN, M.F et al. A randomized controlled study to compare the 2% lignocaine and aqueous lubricating gels for female urethral catheterization. **Pain Practice**, v.14, p.140-145, 2014.

COFEN resolução nº 311/2007 aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem, 2007. Disponível em http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007- acesso em 22/02/16 22:30.

COFEN resolução nº 0450/2013 normatiza o procedimento de sondagem vesical. 2013. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html. Acesso em 21.10.2014.

COFEN traça perfil da enfermagem. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html- acesso em 01/02/2016, 18:00 horas.

DEVINE, A.L. Female catheterisation: what nurses need to know!. **Accident and Emergency Nursing**, v.11, n.2. p.91–95. 2003.

DIEZ, M.B.L.; MONTOYA. R.O. Cateterismo uretral: un tema para la reflexion. **Investimento Educação em Enfermagem**, v.23, n.2, p. 118-137, 2005.

FAKIH, M.G.; et al. Effect of establishing guidelines on appropriate urinary catheter placement. **Academic Emergency Medicine,** v.17, p.337–340, 2010.

FELTZ, D. L., CHASE, M. A. The Measurement of Self-Efficacy and Confidence in Sport. In DUDA, J. L. **Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement**. Purdue University: Book Crafters, 1998.

GORDETSKY, J. et al. (Almost): Painless surgery: A historial review of the evolution of intraurethral anesthesia in urology. **Urology,** v. 77, p. 12-16, 2011.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Focus on quantitative methods. Selection and use of content expert for instrument development. **Research in Nursing & Health**, v.20, p.269-274, 1997.

GRAY, M.L. Securing the indwelling catheter. **American Journal of Nursing,** v. 108, n.12, 2008.

GERARD L.L. et al. Effectiveness of lidocaine lubrificant for discomfort during pediatric urethral catheterization. **The Journal of Urology**. v.170, p.564-567, 2003.

JORGE, B.M- **Ultrassom portátil de bexiga: impacto na prática clínica do enfermeiro**. 2014. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

JÖUD, A. et al. Feasibility of a computerized male urethral catheterization simulator. **Nurse Education in Practice**. v.10, p. 70–75, 2010.

KASHEFI, C. et al. Incidence and prevention of iatrogenic urethral injuries. **The Journal of Urology,** v.79, n.6, p. 2254-2258, 2008.

KASTLER, E.C.; DENYS, P. Intermittent catheterization with hydrophilic catheters as a treatment of chronic neurogenic urinary retention. **Neurourology and Urodynamics**, v.30, p.21–31 ,2011.

LAWRENCE,E.L.; TURNER. I.G. Materials for urinary catheters: a review of their history and development in the UK. **Medical Engineering & Physics**. v. 27, p. 443–453, 2005.

LENZ, L.L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina.** v. 35, n.1, 2006

LEUCK, A.M. et al. Complications of foley catheters—Is Infection the Greatest Risk?. **THE Journal OF Urology,** v. 187, n.5, p.1662-1666, 2012.

MANALO, JR.M.; LAPITAN,C.M.M.; BUCKLEY, B.S. Medical interns' knowledge and training regarding urethral catheter insertion and insertion-related urethral injury in male patients. **BMC Medical Education**, v.11, n.73, 2011.

MARTINS, JCA et al. **Simulação no Ensino de Enfermagem**. Sociedade Brasileira de Comunicação em Enfermagem (SOBRACEn). Ribeirão Preto (SP), 2014

MAZZO, A. et al. Cateterismo Urinário: Facilidades e dificuldades relacionadas a sua padronização. **Texto &Contexto Enfermagem,** v. 20 n.2, p. 333-39, 2011.

MAZZO A. et al. Cateter urinário: mitos e rituais presentes no preparo do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem,** v.25, n.6, p.889-894, 2012.

MAZZO A. et al. Intermittent urethral catheterization: descriptive study at a Brazilian service. **Applied Nursing Research**, v.27, p.170-174. 2013.

MAZZO, A. et al. Validação de escala de autoconfiança para assistência de enfermagem na retenção urinária. **Revista latino Americana de Enfermagem.** v.23, n. 5, 2015.

MIRANDA, M.C.L. et al. Causas de estenose de uretra e suas localizações mais frequentes no CHS (conjunto hospitalar de Sorocaba) PUC-SP. **Revista da Faculdade de Ciências Medicas de Sorocaba**, São Paulo, v.8, n.01, p 22-24, 2006.

MOURA, P.F.S; NEIVA, M.J.L.M; GOMES, R.N.S. A bioética no contexto da enfermagem. **Revista Ciência e Saberes.** v.1, n.1, p.75-80, 2015.

MUNDY, A.R.; ANDRICH, D.E. Urethral Trauma. Part I: introduction, history, anatomy, pathology, assessment and emergency management. **British Journal of Urology International.** p. 310–327, 2011.

NARDOZZA J.A.; ZERATI F.M.; REIS, R.B. **Urologia Fundamental**. Sociedade Brasileira de Urologia. São Paulo (SP). 1ed Planmark, 2010.

NEWMAN, D.R. The Indwelling Urinary Catheter. Principles for best practice. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing,** v.34, n.6, p. 655-661, 2007.

PALESE, A, et al. The effectiveness of the ultrasound blader scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis. **Journal of Clinical Nursing.** v. 19, n.21-22. p. 2970-2979, 2010.

PATEL, A.R,; JONES J.S,; BABINEAU D. Lidocaine 2% gel versus plain lubricating gel for pain reduction during flexible cystoscopy: a meta-analysis of prospective, randomized, controlled trials. **Journal of Urology**, v.179, p. 986-990. 2008.

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem.** v.22, n.4, 2009.

PERRY, P. Concept analysis: confidence/self-confidence. **Nursing Forum**. v.46, .n.9,. p.218-230, 2011.

POTTER, P.A., et al **Fundamentos de Enfermagem.** 8ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SAUTHIER, M; SEIXAS, A. P. R**.** Bioética em Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Congresso Brasileiro de Enfermagem.** 07 a 10 de dezembro de 2009. Fortaleza, Ceara.

SBAIT – **Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado**. Disponível em: http://www.sbait.org.br/trauma.php, acesso em 21.10.2014.

SHERWOOD, L. **Fisiologia Humana – Das células aos sistemas**. 7ª ed. São Paulo (SP), 2011.

SILVA, D.R.A, et al. Intermittent urinary catheterization: The impact of training on a low-fidelity simulator on the self-confidence of patients and caregivers. **Rehabilitation Nursing**, n.0, p.1-8, 2015

SPENCE, A.P. **Anatomia Humana Básica**. 2ª ed. São Paulo (SP), 1991.

SPINKS, J. Urinary incontinence and the importance of catheter fixation. **Journal of Community Nursing**. v, 27. n.5, 2013.

SOUZA, A.C.S., et al. Cateterismo Urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 724-735, 2007.

TANABE et al. Factors Affecting Pain Scores during Female Urethral Catheterization. **Academic Emergency Medicine,** v.11, n.6, p. 699-702, 2004.

THEOFANIDIS, D.; FOUNTOUKI, A**.** Bladder catheterization in Greek Nursing Education**:** An audit of the skills taught. **Nurse Education Today,** v.31, n. 2, p.157–162, 2011.

TIWARI, M.M et al. Inappropriate use of urinary catheters: A prospective observational study. **American Journal of Infection Control**, v 40, p 51-54, 2012.

TREVIZAN M.A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.10, n.1, p. 85-89, 2002.

TSUCHIDA, T. et al. Relationship between Catheter care and catheter-associated urinary tract infection at Japanese general hospitals: a prospective observation study. **International Journal Of Nursing Studies**, v. 45, n.3, p.352-361, 2008.

TZORTZIS, V. et al. Intraurethral lubricants: a critical literature review and recommendations. **Journal of endourology**, v.23, n.5. p.821-826, 2009.

VAHR S., et al. Catheterisation urethral intermittent in adults. european association of Urology nurses **Evidence-based Guidelines for best practice in Urological. health care**, 2013.

VAUGHAN, M. et al. Does lidocaine gel alleviate the pain of ladder catheterization in oung children? A randomized, controlled trial. **Pediatrics**, v.116, n.04, 2005.
ZOBOLI, E.L.C.P; SARTÓRIO, N.A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde.** v.30, n.6, São Paulo, 2006.

WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2ed. Porto Alegre, 2013.

WHITE, K.A. Self- confidence: A concept analysis. **Nursing Forum**. v.44, n.2, p.103-114, 2009.

WILLSON, M. et al. Nursing Interventions to Reduce the Risk of Catheter-Associated Urinary Tract Infection Part 2: Staff Education, Monitoring, and Care Techniques. **Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing**. v.36, n.2, p.137-154, 2009.
.

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1- Questionário de caracterização das fichas de notificação

Registro do paciente: _____ Data de nascimento: __/__/__ Sexo F ( ) M ( )

Unidade Hospitalar: Hospital: HCFMRP Campus ( ) Unidade de Emergência ( )

Unidade de Internação onde ocorreu o evento: _____

Evento ocorrido: _____

Data do evento: __/__/___ Horário do evento: _____hs

Categoria do profissional responsável pelo evento: _____

Danos ocasionados: sim ( ) não ( ) Quais: _____

Cateterismo: demora ( ) alívio ( )

Cateter utilizado mencionado: sim ( ) não ( ) Número: _____ Tipo: _____

Danos ocasionados: _____

Conduta tomada: _____

_____

Por quem/ categoria profissional_____

Paciente apresentou infecção de trato urinário: _____

Outros:_____

Apêndice 2 - Instrumento de caracterização dos sujeitos

Data de nascimento: ___/___/____ Gênero: ( ) masculino ( ) feminino

Ano de obtenção do título de enfermeiro: _____

Especialização: ( ) sim ( ) não Se sim qual:_____

Mestrado: ( ) sim ( ) não ( ) em curso( )

Doutorado( ) sim ( ) não ( ) em curso( )

Data de início da experiência profissional: ___/_____ (mês/ano)

1) Você já realizou cateterismo urinário? ( ) sim ( ) não ( )

2) Com que frequência você realiza o cateterismo urinário em sua unidade de trabalho?

( ) todo o plantão ( ) as vezes ( ) esporadicamente

3) Já teve alguma dificuldade para realizar o cateterismo urinário?
( ) sim ( ) não ( ) algumas vezes ( ) uma única vez ( ) sempre

4) Sem sim, qual foi sua conduta?
( ) chama outro profissional
( ) tenta repassar o cateter
( ) Outra.
Especifique:_____
_____
_____

5) Você já foi chamado para avaliar algum paciente por outro profissional da equipe de enfermagem devido a um trauma de uretra?
( ) sim ( ) não ( ) algumas vezes ( ) uma única vez ( ) sempre

6) Sem sim, qual foi sua conduta?
( ) chama outro profissional
( ) tenta repassar o cateter
( ) Outra.
Especifique:_____
_____
_____

Apêndice 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **TRAUMAS URETRAIS PELA INTRODUÇÃO DO CATETER URINÁRIO: CONDUTA DO ENFERMEIRO**.

Pesquisadores responsáveis Profa. Dra. EERP-USP Alessandra Mazzo- (email: amazzo@eerp.usp.br). Rachel Cristina Rodrigues dos Santos (rachelrodrigues@usp.br)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Convido o Sr. (a) a participar deste estudo, que tem como objetivo *identificar a conduta dos enfermeiros nas situações de trauma ocasionados na intervenção do cateterismo urinário.* Sua participação ocorrerá através do preenchimento de um questionário por aproximadamente 15 minutos antes e após o Sr (a) realizar o procedimento do cateterismo urinário intermitente em um simulador de baixa fidelidade, o que tem duração prevista de aproximadamente 15 minutos. Essa pesquisa tem o objetivo de avaliar a conduta do enfermeiro frente ao traumatismo de uretra provocado pela inserção do cateter urinário, portanto não temos o objetivo de avaliar sua proficiência e sim sua autoconfiança frente ao traumatismo uretral. Todas as informações que Sr. (a) prestar serão mantidas no anonimato e utilizadas para pesquisa. Será preservada sua identidade e todas as informações prestadas serão anotadas, sendo que ao final poderá pedir para lê-las. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para Sr. (a) por estar participando. O Sr. (a) também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que Sr. (a) seja prejudicado por isso. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para a instituição nesse momento, mas sua participação será importante, pois poderemos aprender muito com os resultados desse trabalho, melhorando a assistência de enfermagem ao paciente usuário do cateterismo urinário. Se o Sr.(a) tiver alguma dúvida, poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através do e-mail e/ou telefone abaixo.

email: Alessandra mazzo, amazzo@eerp.usp.br), Rachel Cristina Rodrigues dos Santos (email: rachelrodrigues@usp.br – 3602-0176)

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo às perguntas na entrevista e concordando que o pesquisador forneça um questionário para que eu

responda antes e depois de realizar o procedimento de cateterismo urinário em um simulador de baixa fidelidade. Sei que quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Aceito também que as informações prestadas sejam anotadas. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2015.

Participante	Pesquisadora

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1- Autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0618
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 025/2014

Ribeirão Preto, 21 de fevereiro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 21 de fevereiro de 2014.

Protocolo CAAE: 19148213.0.0000.5393

Projeto: Traumas uretrais pela introdução de cateter uretral: conduta do enfermeiro.

Pesquisadores: Alessandra Mazzo

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Alessandra Mazzo
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo 2- Autorização da instituição

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Fone: (16) 36021225 / Fax: (16) 36021248
cees@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br

Rua Bernardino de Campos, 1000
14015-130 Ribeirão Preto SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E.- HCFMRP-USP

PARECER

O trabalho intitulado **"TRAUMAS URETRAIS PELA INTRODUÇÃO DO CATETER URETRAL: CONDUTA DO ENFERMEIRO"**, apresentado sob a responsabilidade da Profª Drª. Alessandra Mazzo como Projeto de Pesquisa a ser realizado na Unidade de Emergência, pela enfermeira Rachel Cristina Rodrigues dos Santos, foi aprovado pelo Conselho Científico do CIES.

Ribeirão Preto, 15 de abril de 2013.

Prof. Dr. MARCOS DE CARVALHO BORGES
Coordenador do CEES UE-HCFMRP-USP

Anexo 3-Escala de autoconfiança na Assistência de Enfermagem à Retenção Urinária

No quadro seguinte pedimos que refira, para cada item, quão confiante está de ser capaz de o realizar correta e completamente. Atenção, não pretendemos avaliar o seu nível de proficiência, mas sim de confiança.

Aos diferentes números, corresponde:

1 – Nada confiante

2 – Pouco confiante

3 – Confiante

4 – Muito confiante

5 – Completamente confiante

		1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Escutar a queixa do paciente					
2	Avaliar o paciente em retenção urinária	1	2	3	4	5
3	Palpar a bexiga	1	2	3	4	5
4	Estimar, por palpação, o volume de urina dentro da bexiga	1	2	3	4	5
5	Decidir realizar o cateterismo urinário	1	2	3	4	5
6	Escolher o material a ser utilizado para a higiene íntima do paciente	1	2	3	4	5
7	Escolher o material a ser utilizado para a realização do procedimento	1	2	3	4	5
8	Comunicar ao paciente a necessidade de cateterismo urinário	1	2	3	4	5
9	Obter o consentimento do paciente para realização do cateterismo urinário	1	2	3	4	5
10	Garantir a privacidade do paciente	1	2	3	4	5
11	Assegurar a biossegurança do profissional	1	2	3	4	5
12	Realizar a lavagem das mãos	1	2	3	4	5
13	Realizar a higiene do genital do paciente	1	2	3	4	5
14	Abrir o material	1	2	3	4	5
15	Definir o nível de assepsia do procedimento	1	2	3	4	5
16	Realizar a antissepsia do períneo	1	2	3	4	5
17	Decidir utilizar ou não lubrificante	1	2	3	4	5
18	Introduzir a sonda	1	2	3	4	5
19	Definir o comprimento da sonda a ser introduzida	1	2	3	4	5
20	Decidir se a bolsa coletora deve estar conectada ou não durante a realização do procedimento nos cateterismos de demora	1	2	3	4	5
21	Intervir quando não há drenagem a urina	1	2	3	4	5
22	Intervir quando há hematúria	1	2	3	4	5
23	Decidir que intervenção quando encontra resistência à progressão do cateter	1	2	3	4	5
24	Fixar o cateter quando necessário	1	2	3	4	5
25	Intervir quando, num sistema fechado há desconexão acidental da bolsa	1	2	3	4	5
26	Realizar a colheita de urina para diferentes exames	1	2	3	4	5
27	Avaliar o volume de urina a ser drenado nos cateterismos intermitentes	1	2	3	4	5
28	Avaliar a necessidade mudar ou esvaziar a bolsa coletora	1	2	3	4	5
29	Decidir quando retirar um cateter	1	2	3	4	5
30	Dar ao material retirado o destino adequado	1	2	3	4	5
31	Registrar os dados relativos ao procedimento	1	2	3	4	5
32	Continuar a avaliação do paciente após a retirada do cateter	1	2	3	4	5