



ORIGINAL ARTICLE

CATHETERIZATION URINARY AS A RISK FACTOR FOR URINARY TRACT INFECTION: NURSING TEAM KNOWLEDGE OF INTENSIVE CARE UNIT
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA COMO FATOR DE RISCO PARA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CATETERISMO URINARIO COMO UN FACTOR DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO: EL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Gilson de Vasconcelos Torres¹, Patrícia de Cássia Bezerra Fonseca², Isabelle Katherinne Fernandes Costa³

ABSTRACT

Objective: to identify the degree of knowledge related to Urinary catheter (UC) by the nursing team in the Intensive Care Unit of a university hospital in Natal/RN. **Method:** this is a descriptive, quantitative and non-participant observational study, approved by the Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Brazil (protocol number 278/09). Sample of 42 professional's team whose data were collected through a structured questionnaire. The results were tabulated in Excel and analyzed using SPSS version 15.0. **Results:** the prevalence of staff members on institutional third party (64,3%), female (69,0%), aged 21 to 35 years (59,5%) and average level of education (88,1%). As to knowledge, the nurses had levels of good to excellent and the nursing staff, to regulate the poor. The nurses made a mistake when choosing SVD (40,0%) and washing hands (30,0%) and technicians on hand washing (74,4%) and the contents of the tray (34,7%). **Conclusion:** it is for health professionals manage the use of bladder catheters delay, especially in intensive care patients, minimizing the risk of emergence of secondary infections, possible to avoid. **Descriptors:** cross infection; urinary catheterization; nursing team; risk factors; intensive care units; nursing; catheterization.

RESUMO

Objetivo: identificar o grau de conhecimentos relacionados à sondagem vesical de demora (SVD) executado pela equipe de enfermagem, na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário em Natal/RN. **Método:** estudo descritivo, quantitativo e observacional não participante aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil (número de protocolo 278/09). A amostra foi de 42 profissionais com coleta de dados por meio de questionário. Os resultados foram tabulados no Excel e analisados pelo programa estatístico SPSS 15.0. **Resultados:** encontrou-se predominância de funcionários com vínculo institucional terceirizado (64,3%), sexo feminino (69,0%), faixa etária de 21 a 35 anos (59,5%) e nível médio de escolaridade (88,1%). Quanto aos conhecimentos, os enfermeiros apresentaram nível de bom a ótimo e os técnicos de enfermagem, de regular a ruim. Os enfermeiros tiveram mais respostas inadequadas na escolha da SVD (40,0%) e na lavagem das mãos (30,0%) e os técnicos, na lavagem das mãos (74,4%) e no conteúdo da bandeja (34,7%). **Conclusão:** cabe aos profissionais de saúde administrar o uso de cateteres vesicais de demora, especialmente em pacientes de terapia intensiva, minimizando os riscos do surgimento de infecções secundárias, possíveis de serem evitadas. **Descritores:** infecção hospitalar; cateterismo urinário; equipe de enfermagem; fatores de risco; unidade de terapia intensiva; enfermagem; cateterismo.

RESUMEN

Objetivo: identificar el grado de conocimiento relacionadas con el sondaje vesical (SD) realizadas por el grupo de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario en Natal/RN. **Método:** estudio descriptivo, cuantitativo y no participante de observación aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Federal del Rio Grande do Norte, Natal, Brasil (número de protocolo 278/09). Una muestra de 42 profesionales con los datos colectados a través de un cuestionario estructurado. Los resultados fueron tabulados en Excel y analizados utilizando SPSS versión 15.0. **Resultados:** la prevalencia de los miembros del personal en terceros institucionales (64,3%), mujeres (69,0%), de 21 años a 35 años (59,5%) y el nivel promedio de educación (88,1 %). En cuanto a los conocimientos, las enfermeras tenían niveles de bueno a excelente y el personal de enfermería, para regular a los pobres. Las enfermeras cometieron un error al elegir el catéter urinario (40,0%) y el lavado de manos (30,0%) y técnicos sobre el lavado de manos (74,4%) y el contenido de la bandeja (34,7). **Conclusión:** es para los profesionales de la salud gestionar el uso de sondas vesicales demora, especialmente en pacientes de cuidados intensivos, lo que minimiza el riesgo de aparición de infecciones secundarias, es posible evitar. **Descriptores:** infección hospitalaria; cateterismo urinario; grupo de enfermería; factores de riesgo; unidad de terapia intensiva; enfermería; cateterismo.

^{1,2,3}Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mails: gvt@ufrnet.br; patbfonseca@hotmail.com; isabellekfc@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Em 1847, *Ignaz Semmelweis*, preconizou a lavagem das mãos com “água clorada” para todo examinador, antes de tocar na parturiente, servindo para reduzir consideravelmente a mortalidade materna por febre puerperal, em apenas sete meses, de 12% a 3%.¹

De acordo com a história, as infecções hospitalares (IH) existem desde o princípio dos hospitais. Porém só começou a ser valorizado e estudado, a partir do trabalho de *Florence Nightingale*, enfermeira que atuava nos hospitais militares ingleses, em meados do século XIX. Transformando a instituição hospitalar, trazendo à tona uma nova concepção de doença, originando assim a enfermagem moderna.

As IH são infecções adquiridas durante a internação no hospital, podendo não se manifestar ou podem estar fora do período de incubação no ato da admissão, a não ser que possam ser relacionadas à internação prévia no mesmo hospital.¹

De todos os pacientes numa instituição hospitalar, mais de 10% (dez por cento) necessitam utilizar a sonda vesical (mesmo que temporariamente) ou realizar alguma manipulação no trato urinário, e principalmente os de unidade de terapia intensiva (UTI). Pela complexidade desse setor, um número elevado de procedimentos invasivos e múltiplas terapias precisam ser realizados nos pacientes lá internados. Tais procedimentos são citados como um dos fatores de grande relevância para a aquisição de IH, sendo assim sempre destacado como o setor de maior incidência de infecções hospitalares.²⁻³

Estudos mostram que as infecções urinárias são normalmente associadas ao uso de cateter ou sonda vesical de demora (SVD), e seu uso tem sido bastante discutido na comunidade médica por se tratar de um dispositivo invasivo e que, dependendo dos critérios de inserção e de manutenção em seu uso, quase sempre levam à infecção do trato urinário.⁴⁻⁷

Em se tratando da interferência direta, a introdução da SVD em um sistema orgânico estéril facilita a entrada de microrganismos da sonda na uretra, e promove a remoção dos mecanismos de defesa intrínsecos do hospedeiro, como a micção e o esvaziamento da bexiga, sendo considerado assim, como risco potencial de ITU.⁸⁻⁹ Mas para minimizar essa ocorrência, o sistema coletor fechado de drenagem urinária tem aperfeiçoado com o passar dos tempos, retardando, mas não

eliminando o risco de ITU. Neste sistema, a sonda de Foley é introduzida pelo meato urinário, de forma asséptica, e conectada a uma bolsa coletora.¹⁰

Alguns autores¹⁰ defendem ainda quanto aos fatores de risco de ITU, os fatores alteráveis (variáveis) e inalteráveis (invariáveis). Os primeiros são os que podemos modificar com medidas inerentes ao profissional de saúde (indicação da cateterização, tempo de cateterização, técnicas de cuidado com o cateter, tipo de drenagem e sistema e utilização de antimicrobianos) e o segundo, são os que dependem exclusivamente do paciente e que o profissional não pode mudar com sua prática (sexo feminino, idade avançada, doença pré-existente grave e colonização do meato uretral).

Existem várias vias para os microrganismos infectarem o trato urinário, vai depender do agente causador, do tamanho de seu inóculo e do mecanismo de defesa de seu hospedeiro (muitas vezes comprometido pela quantidade de procedimentos invasivos inerentes, como a cateterização vesical.¹¹

As vias de acesso nos pacientes que fazem uso de SVD à penetração de microrganismos no trato uretral são: contaminação durante a introdução, por via ascendente periuretral (espaço extraluminal entre o cateter e a luz da uretra) e contaminação do sistema de drenagem (intraluminal).^{4,8,12}

Durante muito tempo, após a grande descoberta da sondagem vesical de demora achou-se ter descoberto a melhor forma de tratar pacientes com bexiga neurogênica ou aqueles que tinham incontinência urinária. No entanto, seu uso tem sido realizado de maneira, muitas vezes, indiscriminado, onde podemos até encontrar motivos absurdos para seu uso, como “diminuir o trabalho da equipe de enfermagem em profissionais sobrecarregados”.⁸

Diante do exposto e baseados na experiência profissional na área, foi percebido que nem todos os enfermeiros se preocupam em obedecer a um procedimento padronizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição, muitas vezes por desconhecerem quanto a sua real importância como profissional detentor do conhecimento que pode oferecer a segurança necessária, e garantir ao usuário a recuperação de sua saúde, o mais precoce possível, evitando complicações infecciosas ou não enquanto internado na UTI.

A sondagem vesical de demora é considerada um procedimento complexo, que

necessita da aplicação de conhecimentos de base científica ao executar, podendo também ser realizado em pacientes graves com risco de vida e que, muitas vezes, necessita de tomada de decisões imediatas por parte do enfermeiro. Não podemos esquecer que a SVD está como um dos principais fatores de risco à aquisição de ITU em pacientes hospitalizados, sendo fundamental o conhecimento da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo identificar o grau de conhecimentos relacionados aos procedimentos de cateterismo vesical de demora executado pela equipe de enfermagem

MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa e observacional não participante, realizado na UTI de um Hospital Universitário em Natal/RN.

A pesquisa foi iniciada após assinatura do termo de anuência das Diretorias Geral e de Enfermagem do HUOL e parecer favorável do Comitê de Ética do Hospital Universitário Onofre Lopes sob o nº 175/08, atendendo à Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP e pautados nos princípios basilares da bioética (justiça, autonomia, beneficência e não maleficência). Todos os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

A população foi composta da equipe de enfermagem do referido setor, composta por 42 profissionais (cinco enfermeiros e 37 técnicos de enfermagem), e tendo como critérios de inclusão: estar na escala da UTI durante a coleta de dados (maio a julho de 2009) e inserir e/ou manusear a SVD durante o período de coleta de dados, e como critérios de exclusão: se ausentarem do setor durante o procedimento de coleta de dados e recusar a participar da pesquisa.

Previamente à coleta de dados, treze acadêmicos de enfermagem foram treinados acerca do procedimento, em seguida aplicado pré-teste para validação do instrumento, posteriormente realizaram as entrevistas nos meses de maio a julho de 2009.

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento um questionário estruturado sobre os conhecimentos dos participantes

sobre o procedimento de cateterização vesical (inserção e manipulação). Este instrumento é composto de três partes, sendo dez questões de caracterização da população, nove relacionados ao procedimento de sondagem vesical de demora e cinco sobre os cuidados quanto à manutenção da sonda

Com o intuito de melhor avaliar o conhecimento ao abordarmos questões onde possibilitam a existência de várias respostas, categorizamos o conhecimento como adequado e inadequado, de acordo com os itens *conteúdo da bandeja da SVD* e *como executa a lavagem das mãos*.

O instrumento de conhecimento continha 30 itens (variando de 0 a 30), em dois itens foi necessário fazer uma recategorização por estar subdividido em várias opções, adotando a classificação por número de acertos e erros em cada um deles, para a classificação final do item, como correto e incorreto.

Tendo em vista que as variáveis de *conteúdo da bandeja da SVD* e *como executa a lavagem das mãos* eram compostas cada uma delas, por oito subitens, tivemos que categorizar o escore referido desses dois itens, adotando como critério para o conhecimento correto, o número igual à superior subitens corretos (70%) como sendo escore 1 e frequência inferior a cinco acertos, como escore 0.

Ao final, os dados foram tabulados e analisados pelo programa SPSS, versão 15.0. Foi aplicada análise estatística descritiva – distribuição em frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão (DV) e testes inferenciais não paramétricos, teste Qui-Quadrado (χ^2), Teste Exato de Fisher e Mann-Whitney U, e adotado $p < 0,05$ como nível de significância estatístico, tendo em vista que a nossa população de estudo não ter distribuição normal e pareada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram pesquisados 42 profissionais, sendo cinco (5) enfermeiros e 37 técnicos de enfermagem, deles 64,3% eram terceirizados e 35,7% servidores da UFRN, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Quanto ao sexo, predominou o sexo feminino (69,0%) e no que diz respeito a faixa etária, predominaram profissionais de 21 a 35 anos (59,5%).

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica dos profissionais de enfermagem, segundo vínculo institucional. UTI - HUOL. Natal/RN, 2009.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA	VÍNCULO INSTITUCIONAL						x2/Fisher *
	Terceirizado		Funcionário		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	9	21,4	4	9,5	13	31,0	0,466 *
Feminino	18	42,9	11	26,2	29	69,0	
Faixa etária (anos)							
21 a 35	19	45,2	6	14,3	25	59,5	0,055
36 a 50	8	19,0	9	21,4	17	40,5	
Escolaridade							
Nível médio	27	64,3	10	23,8	37	88,1	0,004 *
Nível superior	0	0,0	5	11,9	5	11,9	
Total	27	64,3	15	35,7	42	100,0	

Encontramos diferença significativa ($p = 0,001$) quanto ao número maior de profissionais que não possuem vínculo seguro. Sendo trocados frequentemente (contrato temporário), sempre existindo profissionais novos e necessitando de constante treinamento.

Acerca da existência de outro vínculo empregatício, nota-se que 71,4% dos observados apresentaram a existência de

outro e que 59,5% deles são técnicos de enfermagem, o que nos leva a crer que com a duplicidade de carga horária diária a serem cumpridas, possa levar a uma maior ocorrência de desgaste físico, emocional e de concentração, podendo levar a equívocos iatrogênicos na prática diária ($p=0,168$).

Tabela 2. Caracterização dos pesquisados, segundo categoria profissional. UTI - HUOL. Natal/RN, 2009.

CARACTERIZAÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL						
	Enfermeiro		Técnico de enfermagem		Total		x2
	N	%	N	%	N	%	p
Vínculo Institucional							
UFRN	05	11,9	10	23,8	15	35,7	0,001
Terceirizado	00	00,0	27	64,3	27	64,3	
Outra instituição							
Sim	05	11,6	25	59,5	30	71,4	0,168
Não	00	00,0	12	27,9	12	27,9	
Tempo de experiência em UTI							
Até 5 anos	02	04,8	19	45,2	21	50,0	0,500
> 5 sanos	03	07,1	18	42,9	21	50,0	
Participou do treinamento							
Sim	00	00,0	13	31,0	00	31,0	0,140
Não	05	11,9	24	57,1	29	69,0	
Sente-se informado							
Sim	05	11,9	36	85,7	41	97,6	0,881
Não	00	00,0	01	02,4	01	02,4	
Total	05	11,9	37	88,1	42	100,0	

Em relação ao tempo de experiência em UTI, 21 (50,0%) dos pesquisados tinham experiência de mais de cinco anos em UTI, e 21 (50,0%) referiram ter até cinco anos de experiência, o que nos leva a concluir a não existência de interferência dos seus conhecimentos nas suas condutas observadas.

Em relação à questão *se sente informado sobre o procedimento de SVD*, a maioria refere que sim, com 97,6% do total, sendo 11,9% enfermeiros e 85,7% técnicos de enfermagem.

No item que questiona o quantitativo de procedimentos de sondagem vesical no último mês, a média referida pelos enfermeiros pesquisados foi de aproximadamente 5

procedimentos, mas que não realizados todos na UTI do hospital em questão.

Em um estudo realizado em um hospital universitário em Natal/RN ¹³ a autora afirma que, por ser um hospital de ensino justificaria a contratação de técnicos terceirizados e bolsistas, que ali existiam para serem treinados e que não assumiriam em sua totalidade os cuidados diretos ao paciente crítico, mas sim, acompanhados por um funcionário efetivo e sob a supervisão do enfermeiro do setor. No entanto, foi evidenciado que os bolsistas assumem os cuidados em sua totalidade.

Quando se tem mais de um vínculo empregatício, existe uma maior possibilidade

de ocorrência de equívocos, devido sua sobrecarga. Essas ocorrências iatrogênicas não são somente efeitos indesejáveis ao paciente, são extremamente prejudiciais, remetendo inevitavelmente ao contexto da avaliação da qualidade nos serviços de saúde.¹⁴ Este mesmo autor relata que a maioria das iatrogenias estava relacionada ao manuseio das vias aéreas e dos drenos, tubos e cateteres.

No entanto dados contrários aos deste estudo foram encontrados por outros pesquisadores ¹⁵, onde mais da metade dos pesquisados (52,3%) trabalhava na área de terapia intensiva num período de 1 a 5 anos. E concordando conosco no tocante a existência de outros vínculos empregatícios (51,9%).

No mesmo trabalho, o pesquisador indagou 9 enfermeiros de várias instituições sobre a questão de se contratar enfermeiros recém-graduados para trabalhar numa UTI. Deles, 4 afirmaram que sim, mas que antes seriam treinados noutros setores até estarem capacitados a assumirem sozinhos a

assistência de enfermagem no referido setor; e 5 disseram não contratar, preferindo enfermeiros já experientes na área.

Tivemos 42 profissionais de enfermagem pesquisados, 25 (59,5%) afirmaram que conhecem o protocolo sobre SVD. Ao analisarmos o *conhecimento sobre o protocolo SVD* com a variável *frequência de consulta*, encontramos 13 (31,0%) que referiram consultar raramente ou às vezes e 12 (28,6%) raramente ou nunca o consulta. Encontramos 17 (40,5%) profissionais que referiram não conhecer o protocolo nem consultar, enquanto 10 (23,8%) raramente ou nunca consultá-lo e 7 (16,7%) às vezes o consulta. O que parece ser um dado incoerente, pois teoricamente se não conhecemos o protocolo, não temos como consultá-lo. No entanto, existe a possibilidade do profissional ler o protocolo sem saber o que está lendo. Os dados apresentados na tabela abaixo não apresentaram significância estatística (p=0,491).

Tabela 3. Conhecimento do protocolo sobre SVD, segundo a frequência de consulta pelos profissionais pesquisados. UTI - HUOL. Natal/RN, 2009.

Frequência de consulta	Conhece o protocolo					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	N	%
Raramente/nunca	10	23,8	12	28,6	22	52,4
As vezes	07	16,7	13	31,0	20	47,6
Total	17	40,5	25	59,5	42	100,0

Diante do exposto, podemos caracterizar resumidamente a equipe pesquisada como predominantemente técnicos de enfermagem e do sexo feminino, a maioria terceirizada e que trabalham em outra instituição, com tempo de experiência em UTI maior que cinco anos e que não participou de treinamento nos últimos dois anos, mas que mesmo assim, sentem-se informados sobre o procedimento em questão.

O escore total de conhecimento dos pesquisados sobre a SVD, variou de 9 a 30 (15,9 ± 3,7). Ao verificarmos os escores por categoria profissional, o enfermeiro apresentou melhor desempenho variando de 17 a 30 (22,0 ± 5,15) e o técnico de

enfermagem, 9 a 21 (15,3 ± 2,8), demonstrando uma diferença significativa (p=0,002) no Teste de Mann-Whitney, o que afirma que o enfermeiro apresentou melhor conhecimento do que o técnico de enfermagem, dado este já esperado por nós pelo fato da abordagem de um curso de graduação extrapolar ao mecanicismo da realização de técnicas.

Observamos na figura 1 que ao classificarmos o grau de conhecimento sobre a SVD por categoria profissional, podemos observar que os enfermeiros apresentaram o nível variando de bom a ótimo (7,2%) e os técnicos de enfermagem, de regular a ruim (88,1%).

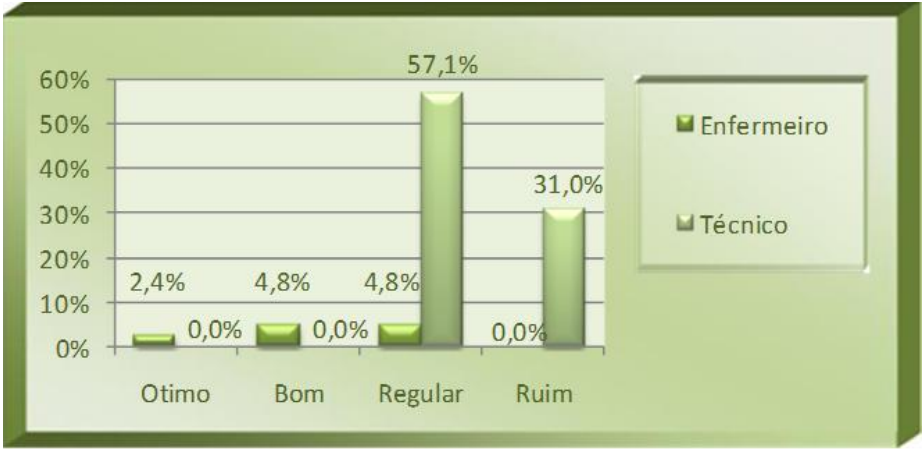


Figura 1. Grau de conhecimento sobre SVD, segundo categoria profissional. UTI - HUOL. Natal/RN, 2009.

Ao verificarmos a existência de diferença significativa no nível de conhecimento dos profissionais pesquisados, reclassificamos os escores ótimo e bom como conhecimento adequado, e regular e ruim como inadequado,

o que mostrou ser significativo ($p = 0,001$) com moderada correlação ($r = 0,602$) da adequação do conhecimento do enfermeiro em relação aos técnicos de enfermagem, como mostra na figura 2.



Figura 2. Escores de conhecimento sobre SVD, segundo categoria profissional. UTI - HUOL. Natal/RN, 2009.

Os profissionais foram indagados quanto ao conhecimento a respeito do procedimento de sondagem vesical, e dividimos em categorias/grupos. Observamos que o enfermeiro teve mais respostas inadequadas quando referiu à *escolha inadequada da SVD* (40,0%), não citando a *indicação clínica* como critério (60,0%). Sobretudo, na *lavagem das mãos* foi responsável por 30,0% de inadequações no conhecimento, onde a utilização da água e sabão não foram citados e sim, o uso de antissépticos.

Observamos que na *lavagem das mãos*, os técnicos de enfermagem referiram mais erros (74,4%), não lavando as unhas em 89,2%, nem dedos em 86,5%. Quanto ao *conteúdo da bandeja* os técnicos apresentaram 34,7% de erros, com a ausência da ABD (78,1%), luvas estéreis e lubrificantes (77,2%, respectivamente).

Quanto ao conhecimento dos profissionais diante da conduta frente a uma possível desconexão acidental do sistema de drenagem, encontramos 28 profissionais que trocariam todo o sistema, com uma nova sondagem. Mas ainda encontramos quem

lavaria a SVD e conectaria novamente o sistema ou trocaria apenas o sistema de drenagem.

A desconecção do sistema de drenagem da SVD só deve ser indicada em casos de obstrução deste.⁵ Porém, outros autores recomendam que essa prática seja rigorosamente evitada, pois “quebraria” a integridade do sistema fechado, podendo causar uma invasão bacteriana e, consequentemente ITU.⁸

Alguns profissionais pesquisados responderam que não trocariam a SVD em intervalos previamente determinados (52,4%), enquanto 42,9% trocariam com intervalos que variam entre 7 a 14 dias. Maioria essa que demonstrou ter seus conhecimentos coincidentes com a opinião de alguns pesquisadores⁷ de que devemos avaliar individualmente cada indivíduo que necessite de cateterização prolongada quanto à troca da SVD, somente indicando a troca quando houver obstrução intra ou extra-luminal parcial ou total do cateter. Essa obstrução pode ocorrer de duas a quatro semanas após o início do uso, e acontece devido à formação

de cristais inerentes à alcalinização da urina, por esse motivo, a identificação prévia dos pacientes que tenham essa característica urinária deve ser levada em consideração.

No que diz respeito à importância da lavagem das mãos, a adesão a essa medida tem sido o grande desafio às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) das instituições de saúde. Entretanto, quando se questiona o profissional acerca do conhecimento e da prática de tal execução, o assunto se torna até embaraçoso, pois dificilmente ele assume que pode ter falhas num aspecto tão simples, porém fundamental.

Pesquisa desenvolvida numa Sala de Recuperação Pós-Anestésica de um Hospital escola de Goiânia mostra que a frequência da lavagem das mãos antes e após os procedimentos foi maior na categoria de enfermeiro. Entretanto, tanto o enfermeiro quanto o técnico tiveram baixa adesão ao procedimento.¹⁶

Cabe a nós profissionais de saúde ter o conhecimento e saber administrar o uso de cateteres vesicais de demora, especialmente em pacientes que necessitam de cuidados intensivos, de tal maneira que possa assegurar ao paciente a melhora ou resolatividade de sua patologia de base, minimizando os riscos do surgimento de complicações infecciosas secundárias, possíveis de serem evitadas.

CONCLUSÃO

Os profissionais se caracterizam por serem predominantemente com vínculo institucional terceirizado (64,3%), do sexo feminino (69,0%), na faixa etária de 21 a 35 anos (59,5%) e com nível médio de escolaridade (88,1%). Deles, 11,6% são enfermeiros e 88,4% técnicos de enfermagem. Quanto ao tempo de experiência em UTI, a distribuição ficou ao meio, sendo 50% na categoria de até 5 anos e > 5 anos, 69,0% não participaram de treinamento sobre SVD nos últimos 2 anos.

Desta forma, denotamos a existência de precarização no vínculo empregatício e na assistência de enfermagem prestada aos usuários, uma vez que a alta rotatividade dos profissionais terceirizados os deixa em situação de necessidade de constante treinamento.

No tocante ao grau de conhecimento acerca do procedimento de SVD, observamos que os enfermeiros apresentaram o nível variando de bom a ótimo e os técnicos de enfermagem, de regular a ruim.

A partir do grau de conhecimento do procedimento de SVD, verificamos diferença significativa no nível de conhecimento dos profissionais pesquisados, dessa forma, reclassificamos os escores ótimo e bom como conhecimento adequado, e regular e ruim como inadequado, o que mostrou ser significativo ($p=0,001$) com moderada correlação ($r=0,602$) da adequação do conhecimento do enfermeiro em relação aos técnicos de enfermagem.

Ao avaliarmos os escores de conhecimentos, vimos a predominância dos inadequados, com diferenças significativas entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem com diferença significativa ($p=0,001$). Dessa forma, torna-se importante utilizar de critérios restritos quanto à indicação do uso deste dispositivo, e quando necessário, inserir e mantê-lo de forma adequada, deixá-lo por um tempo restrito, removendo-o em tempo mais precoce possível, assim que existirem condições clínicas para sua retirada.

Observamos a ocorrência de mais inadequações nas respostas pelos enfermeiros, quando referiu à escolha inadequada da SVD (40,0%), não citando a indicação clínica como critério (60%). Quanto à lavagem das mãos, cometeu 30,0% de respostas inadequadas, onde a utilização da água e sabão não foram citadas e sim, de antissépticos (25,0%).

Entretanto, os técnicos de enfermagem obtiveram maiores erros no conhecimento da *lavagem das mãos*, (74,4%), referindo não lavar as unhas (89,2%), punhos nem dedos em 86,5%. Quanto ao *conteúdo da bandeja* os técnicos apresentaram 34,7% de erros, com a ausência da ABD (78,1%), luvas estéreis e lubrificantes (77,2% cada).

Em virtude da complexidade do setor, onde são internados pacientes graves e que necessitam de assistência contínua e com a eminência de possíveis situações de emergência a todo tempo, os profissionais devem estar sendo capacitados constantemente para que possam garantir a qualidade naquilo em que se propõe, principalmente no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos, oferecendo assim segurança a ponto de se ter menor risco possível de erros, minimizando assim, possíveis complicações que podem levar ao paciente a piora de seu quadro clínico ou até ao óbito.

REFERÊNCIAS

1. Martins MA. Aspectos gerais das Infecções Hospitalares. In: Martins MA. Manual de infecção hospitalar. Minas Gerais: MEDSI; 2001. p.3-9.
2. Souza Neto JL, Oliveira FV, Kobaz AK, Silva MNP, Lima AR, Maciel LCL. Infecção do trato urinário relacionado com a utilização do cateter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia. 2008 [acesso em 2009 Set 15];35(1):28-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v35n1/v35n1a08.pdf>.
3. Souza ACS, Tipple AFV, Barbosa JM, Pereira MS, Barreto RASS. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. Rev Eletr Enfermagem. 2007 [acesso em 2009 Set 22];9(3):724-735. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a12.pdf>
4. Fernandes AT et al. Infecção Hospitalar da Corrente Sanguínea. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Pratt RJ. Guidelines for preventing infections associated with the use of short-term indwelling urethral catheters. The journal of hospital infection. 65(S51-64); 2007.
6. Stamm, AMNF, Forte DY, Sakamoto KS, Campos ML, Cipriano ZM. Cateterização vesical e infecção do trato urinário: estudo de 1.092 casos. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2006[acesso em 2009 Set 22]; 35(2):72-77. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/372.pdf>.
7. Kluczynik CEN, Solano GB, Lima MPD, Catão RMR. Urinary tract infection and bladder catheterism: prophylactic and laboratorial aspects. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet]. 2009 Jul/Set[acesso em 2009 Set 24];3(1).127-32 Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/255/0>.
8. Homenko AS, Lelis MAS, Cury J. Verdades e mitos no seguimento e pacientes com cateteres vesicais de demora. Sinopse de urologia. 2003[acesso em 2009 Set 24];7(2):35-40. Disponível em: <http://www.uronline.unifesp.br/sinopses/sinuro1-02-03.pdf>
9. Lima LS, Araújo EC, Bezerra SMMS, Linhares FM, Lima AKA. Infecções do trato urinário em pacientes com sonda vesical de demora internados em uma unidade de terapia intensiva do Recife (PE), Brasil. Enfermeria Global. 2007[acesso em 2009 Set 28];11:1-10. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/345/505>.
10. Stamm AMNF, Coutinho MSSA. Urinary tract infection associated with indwelling catheteres: incidence and risk factors. Revista da Associação Médica Brasileira. 1999 [acesso em 2009 Set 24]; 45(1):27-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n1/1695.pdf>
11. Stamm WE. Urinary Tract infections. In: Bennet JV. Hospital infections. Pensylvania. Lippincott - Raven; 1998.
12. Gagliardi EMD. Infecção do Trato Urinário. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
13. Silva MA. Atuação dos profissionais de enfermagem durante o processo transfusional na UTI de um hospital universitário [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2008.
14. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. Revista Latino-am Enfermagem. 2001[acesso em 2009 Set 22]; 9(5):91-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7804.pdf>.
15. Miyadahira AMK, Cruz DALM, Padilha KG, Kimura M, Sousa RMC. Recursos humanos das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. Revista Latino-am Enfermagem.1999 [acesso em 2009 Set 24]; 7(5):15-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13500.pdf>.
16. Barreto RASS, Rocha LO, Souza ACS, Tipple AFV, Suzuki K, Bisinoto AS. Higienização das mãos: a adesão entre profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. Rev eletr enfermagem. 2009[acesso em 2009 Set 24];11(2):334-340. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>.

Sources of funding: CNPQ

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/09/30

Last received: 2009/03/15

Accepted: 2010/03/19

Publishing: 2010/04/01

Address for correspondence

Gilson de Vasconcelos Torres

Rua Massaranduba, 292 – Nova Parnamirim

CEP: 59086-260 – Natal, Rio Grande do Norte, Brasil