



# Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

## CÂMARA TÉCNICA

### ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 093/2017

**Assunto: URIPEN® em ILPI.**

#### **1. Do fato**

Profissional de Enfermagem solicita esclarecimentos quanto ao uso de uripen em pacientes internados em instituições de saúde de longa permanência.

#### **2. Da fundamentação e análise**

Esclarecemos que a Enfermagem segue regramento próprio, consubstanciado na Lei do Exercício Profissional (Lei no 7.498/1986) e seu Decreto regulamentador (Decreto 94.406/1987), além do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Neste sentido, a Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde humana, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

Sendo assim, tendo em vista a legislação sobre o tema, entendemos que na publicação da ANVISA, Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, dentro da Série - Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (2013), na qual se encontra a descrição do uso de dispositivos urinários e medidas de prevenção de infecção urinária.

[...]

As Infecção do trato urinário - ITU são responsáveis por 35-45% das Infecção relacionada à assistência à saúde- IRAS em pacientes adultos 1-4, com densidade de incidência de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia. Aproximadamente 16-25% dos pacientes de um hospital serão submetidos a um cateterismo vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização. A problemática continua quando muitos pacientes permanecerão com o dispositivo além do necessário, apesar das complicações infecciosas (locais e sistêmicas) e não infecciosas (desconforto para o paciente, restrição da mobilidade, traumas uretrais por tração), inclusive custos hospitalares e prejuízos ao sistema de saúde público e privado. Entende-se que o tempo de permanência da cateterização vesical é o fator crucial para colonização e infecção (bacteriana e fúngica). Imediatamente depois de cessados os motivos que indicaram o uso do dispositivo, a sonda deverá obrigatoriamente ser retirada. Estes

pontos são justamente os mais difíceis de serem alcançados, pois o trabalho gerado para a equipe de enfermagem com uma sondagem intermitente e troca de fraldas **ou de outros dispositivos não invasivos** (tipo condon) é relevante e talvez um dos fatores reais mais desafiadores para a equipe de controladores de infecção. O potencial risco para ITU associado ao cateter intermitente é inferior, sendo de 3,1% e quando na ausência de cateter vesical de 1,4%. É importante frisar que uma ITU poderá ocorrer após a retirada do cateter.

O impacto na mortalidade será variável, continuando a ser controverso. Paralelamente ao envelhecimento populacional ocorreu um incremento no uso da cateterização adjuvante para drenagem vesical, devido à hiperplasia prostática, incontinência urinária, bexiga neurogênica ou outras doenças específicas. Conseqüentemente, se verifica uma tendência de aumento de episódios infecciosos para fora do ambiente hospitalar, como o domicílio, casas de repouso e unidades básicas de saúde. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/seguranca/dopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>>

Na indicação pela cateterização urinária, deve-se destacar as medidas de prevenção da ITU, que são descritas no mesmo documento da ANVISA:

[...]

Considerando que o uso de cateter é o principal fator relacionado a ITU, é fundamental o fortalecimento de algumas medidas preventivas:

- Inserir cateteres somente para indicações apropriadas, e mantê-los somente o tempo necessário.

Se possível, escolher a intermitente (conhecida como sondagem de alívio).

- Avaliar a possibilidade de métodos alternativos para drenagem de urina, tais como:

a. estimular a micção espontânea através da emissão de som de água corrente;

b. aplicar bolsa com água morna sobre a região suprapúbica;

c. realizar pressão suprapúbica delicada;

d. fornecer comadres e papagaios; e. utilizar fraldas, auxiliar e supervisionar idas ao toalete e

**f. utilizar sistemas não invasivos tipo “condon” em homens.**

- Garantir que a inserção, a manutenção e a remoção do dispositivo seja realizada por pessoas treinadas e qualificadas, através de educação em serviço com controle de técnicas e procedimentos para cateter urinário, e a obediência aos protocolos para: a. inserção (Quadro 1);

b. manutenção (nunca abrir o sistema, mas se necessário trocar todo o sistema) e

c. remoção.

- Disponibilizar mensalmente às equipes e à alta direção os relatórios de vigilância epidemiológica, por unidade, contendo as densidades de incidência de ITU.

Quanto ao Nível de recomendação (A, B e C) e qualidade da evidência (I, II e III), pode-se observar nas Práticas Básicas

[...]

- Infraestrutura para prevenção

**1-Criar e implantar protocolos escritos de uso, inserção e manutenção do cateter (A-II)**

a. Desenvolver e implementar critérios para indicações do uso de cateteres urinários;

b. As indicações para uso do cateter urinário são limitadas:

Uso no período perioperatório para procedimentos selecionados; · Monitorização do débito urinário em pacientes críticos;

Manejo da retenção urinária aguda e obstrução;

Assistência para pacientes incontinentes e com úlcera por pressão;

Excepcionalmente, como solicitação do paciente para melhorar o conforto.

2. Assegurar que a inserção do cateter urinário seja realizada apenas por profissionais capacitados e treinados (B-III);
3. Assegurar a disponibilidade de materiais para inserção com técnica asséptica (A-III);
4. Implantar sistema de documentação em prontuário das seguintes informações: indicações do cateter, responsável pela inserção, data e hora da inserção e retirada do cateter (A-III):
  - a. Registrar nas anotações de enfermagem ou prescrição médica (o registro deve ser no prontuário do paciente, e em arquivo padronizado para coleta de dados e implantação de melhorias);
  - b. Se disponível, preferir documentação eletrônica que permita resgate das informações;
  - c. Assegurar recursos tecnológicos e equipe treinada que garantam a vigilância do uso do cateter e de suas complicações (A-III).

[...]

Técnica apropriada de inserção

1. Inserir o cateter apenas quando necessário para o cuidado do paciente e manter o dispositivo somente enquanto a indicação persistir (A-II);
2. **Considerar outros métodos de manejo, incluindo cateter tipo condon ou cateterização intermitente, quando apropriado (A-I);**
3. Higienizar as mãos antes e após a inserção do cateter e qualquer manuseio do sistema ou do sítio (de acordo com as diretrizes do Centros de Controle e Prevenção de Doenças – Centers for Disease Control and Prevention – CDC e Organização Mundial da Saúde – OMS) (A-III);
4. Utilizar técnica asséptica e material estéril para inserção (A-III);
5. Utilizar luvas, campo e esponja; solução estéril ou antisséptica para limpeza do meato uretral; bisnaga de gel lubrificante estéril de uso único (ou primeiro uso) na inserção (A-III);
6. Utilizar cateter de menor calibre possível para evitar trauma uretral (B-III).

**Avaliar os riscos e benefícios associados com o uso de cateter urinário**

1. Usar cateter urinário em pacientes operados somente quando necessário, ao invés de rotineiramente (IB);
2. Evitar o uso de cateteres urinários em pacientes para a gestão de incontinência (IB);
3. Considerar alternativas para cateterização vesical crônica, tais como cateterismo intermitente, em pacientes com lesão medular (II);
4. Considerar cateterismo intermitente em crianças com mielomeningocele e bexiga neurogênica para reduzir o risco de deterioração do trato urinário (II);
5. Minimizar o uso e duração de cateter urinário em todos os pacientes, que possuem maior risco para infecção de trato urinário relacionado a cateter, tais como mulheres, idosos e pacientes com imunidade comprometida (IB);
6. Minimizar o uso e duração de cateter urinário em todos os pacientes, que possuem maior risco de mortalidade, tais como os idosos e pacientes com doença grave (IB);
7. **Considere o uso de cateteres externos como uma alternativa para cateteres uretrais em pacientes do sexo masculino cooperativos, sem retenção urinária ou obstrução do trato urinário (II);**
8. O cateterismo intermitente é preferível a cateteres uretrais de demora ou suprapúbica em pacientes com disfunção de esvaziamento vesical (II);
9. Se utilizar cateterismo intermitente, realizar a intervalos regulares para evitar hiperdistensão da bexiga (IB);
10. No contexto de cuidados não-agudos, a utilização de técnica limpa (não-estéril) para cateterismo é uma alternativa aceitável e mais prática para os pacientes crônicos que necessitam de cateterismo intermitente (IA);
11. Cateteres hidrofílicos apresentam benefícios em termos de segurança (redução de bacteriúria e micro hematúria) e qualidade de vida para pacientes com retenção urinária neurogênica crônica que necessitam de cateterização intermitente (A-I);
12. Silicone pode ser preferível a outros materiais para reduzir o risco de incrustação de cateteres de longo prazo em pacientes cateterizados que têm obstrução frequente (II);

13.Sistemas de sonda vesical com junções tubo-cateter preconnectado, são sugeridas para o uso (II).  
[...]  
(CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2013, **Grifos nossos**).

Mediante buscas na literatura, observa-se uma lacuna no que diz respeito ao uso do cateter urinário externo (*uripen*), no entanto, há muitas pesquisas em relação à incontinência urinária e cateterismo vesical urinário. O paciente deve ser avaliado pelo médico para a melhor conduta terapêutica.

A micção envolve complexos mecanismos de integração do sistema nervoso autônomo (involuntário) e piramidal (voluntário), permitindo armazenamento de urina, percepção de bexiga cheia e eliminação voluntária com baixa pressão vesical. A estase urinária leva infecções a incontinência urinária causa isolamento social e tem grande impacto na autonomia funcional do paciente. Infecções do trato urinário são extremamente frequentes nos lesados medulares e nos idosos, sendo que a principal causa está relacionada a retenção e esvaziamento incompleto da bexiga. (BRASIL, 2013; DALLACORTE, 2010).

Honório e Santos (2010), comprovaram que o autocuidado como proposta de tratamento ao paciente incontinente associado à reabilitação do soalho pélvico inferior, possibilita a recuperação total da continência urinária a baixos custos, utilizando formulário de avaliação da incontinência urinária e o diário miccional.

Diante do exposto, entende-se que os problemas urinários são de diversas etologias e compete ao médico o diagnóstico clínico e a equipe de enfermagem os cuidados e prevenção de agravos. Compete ao Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem, com o suporte teórico evidenciado na Resolução COFEN 358/2009, a realização do Processo de Enfermagem. Considerando a legislação do exercício profissional de Enfermagem e as características dos cuidados aos pacientes em instituições de longa permanência, o Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem podem realizar sua aplicação, observando sempre o disposto na prescrição de Enfermagem, respectivamente: anotação de Enfermagem e comunicação ao Enfermeiro.

Sendo assim, conforme o questionamento realizado, bem como em relação à legislação, verifica-se que o uso de cateter urinário externo masculino possibilita o cuidado

com o paciente e pode manter a pele seca e íntegra, considerando que a umidade é um fator de risco para desenvolver lesões, especialmente em pacientes idosos e acamados.

A colocação do dispositivo é considerada um procedimento simples e não invasivo, mas deve-se considerar a avaliação diária da pele, do tamanho do cateter e sua fixação. Esclarece ainda que, o termo “uripen” é marca de produto, quando o termo correto é “cateter urinário externo masculino”.

Recomenda-se que a instituição elabore protocolos, procedimentos padrão, manuais e guias assistências, com a finalidade de nortear a sistematização da assistência de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série - Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 1ª edição, 2013. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro4-MedidasPrevencaoIRASaude.pdf>>. Acessado em: 28 de julho de 2017.
- 2- DALLACORTE et al. Perfil das infecções do trato urinário em idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS. Estudos, Goiânia, v. 37, n. 7/8, p. 625-635, jul./ago. 2010. Porto Alegre/RS. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=492468&indexSearch=ID> >. Acesso em 29 de julho de 2017.
- 3- HONÓRIO, M. O.; SANTOS, S. M. A. A rede de apoio ao paciente incontinente: a busca por suporte e tratamentos. Rev. Enferm. UERJ;18(3): 383-388, jul.-set. 2010. Florianópolis/SC. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a08.pdf>>. Acesso em 28 de julho de 2017.

**Leituras sugeridas:**

1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.69 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

2- CHAYAMITI, E. M. P. C.; CALIRI, M. H. L.; FAUSTINO, A. M.. Protocolo Clínico e Regulatório para Manejo Domiciliar da Incontinência Urinária. In: Santos; J. S. et al. (Org.). Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde. 1ª Ed. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER EDITORA LTDA, 2012, v. 1.