



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ISAIANE DE SOUSA GABRIEL

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE
OS RISCOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR ATRAVÉS DO CATETER
VESICAL DE DEMORA**

**CAJAZEIRAS
2011**

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE
OS RISCOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR ATRAVÉS DO CATETER
VESICAL DE DEMORA**

ISAIANE DE SOUSA GABRIEL

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE
OS RISCOS DE INFECCÃO HOSPITALAR ATRAVÉS DO CATETER
VESICAL DE DEMORA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV como pré-requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

**CAJAZEIRAS
2011**



G118c Gabriel, Isaiane de Sousa.
Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar através do cateter vesical de demora / Isaiane de Sousa Gabriel. - Cajazeiras, 2011. 63f. : il.color.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Infecção Hospitalar. 2. Cateter vesical de demora. 3. UTI. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 616-022.36

ISAIANE DE SOUSA GABRIEL

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE
OS RISCOS DE INFECCÃO HOSPITALAR ATRAVÉS DO CATETER
VESICAL DE DEMORA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

APROVADA EM: ____ / ____ /2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
(Orientadora – UFCG)

Prof^º. Dr. Antônio Fernandes Filho
(Membro Examinador – UFCG)

Prof^ª Esp. Ankilma do Nascimento Andrade
(Membro Examinador – IFPB)

Prof^ª. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro Rolim
(Membro Examinador Suplente – UFCG)

Dedico a Deus e a meus pais, com todo amor e carinho, por terem me cedido o direito à vida e a escolher meus caminhos.

A meus irmãos e cunhada, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

Ao meu noivo, porque mesmo longe, estava perto de mim, me incentivando a seguir sempre em frente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a Deus, pois, sem Ele, nenhum dos meus sonhos teria se tornado realidade. Obrigada pelo dom da vida e por todas as minhas conquistas, pois sem as suas bênçãos eu não poderia alcançar.

Agradeço as pessoas mais importantes da minha vida, meus pais, Maria de Fátima Sousa Gabriel e Francisco Gabriel Filho, pela vida que me deram através do seu amor. Por todos os sacrifícios em prol do meu sonho. Pelas noites de vigília, pelo cuidado com a minha saúde, meus sentimentos e desejos de realização pessoal. De vocês não vieram palavras, mas sim, atos e atitudes de amor. Amo muito vocês, serei eternamente grata.

Aos meus irmãos, Igor, Péricles e Pollyana, por estarem sempre por perto dividindo comigo as alegrias que tenho conquistado. Obrigada por poder contar com vocês.

A minha cunhada Wanessa, por fazer parte da minha família, quero agradecer pela sua amizade e compreensão, por sempre está pronta a me ajudar.

Ao meu noivo Darinho, estamos juntos nesta estrada. Compartilhar com você, minha vitória, é essencial aos meus sentimentos. Agradeço, porque mesmo você estando longe, sempre demonstrou sua atenção, seu carinho e seu apoio em todos os momentos. Obrigada por estar ao meu lado, e por tudo, do fundo do meu coração.

Aos meus familiares, tios, tias e primos, em especial a minha prima Ruanda, pela confiança e pelo incentivo que deram e por acreditarem na conclusão de mais esta etapa da minha vida.

À Prof^a Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, pela sua orientação, por ser professora e amiga, por me ajudar na elaboração deste trabalho e instruir meus passos para a conclusão do mesmo. Você é um exemplo de profissional, dedicada, competente e comprometida. Sou muito grata a você.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir para a melhoria desta pesquisa com seus conhecimentos.

Aos profissionais de enfermagem da UTI, pela participação e contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa.

As minhas grandes amigas, Anne Caroline e Paula Priscila pelo seu companheirismo e pela sua ajuda nos momentos que precisei. Não poderia esquecer a minha grande amiga Karol (Karolzita) a quem tenho profundo carinho e amizade e que sempre me acolheu com alegria.

As minhas colegas Natália e Tâmara, amigas que construí durante o curso, obrigada por todos os momentos que passamos durante esses anos, o meu especial agradecimento a vocês.

Aos demais idealizadores, coordenadores e funcionários da UFCG. A todos os professores pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

A todos que colaboraram direta e indiretamente para a concretização desta pesquisa, a vocês o meu muito obrigada. E ao meu cunhado Elisson por traduzir o meu abstract.

"A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes."

FLORENCE NIGHTINGALE

RESUMO

GABRIEL, Isaiane de Sousa. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar através do cateter vesical de demora.** 72p. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2011.

A infecção hospitalar é qualquer complicação infecciosa relacionada com a assistência realizada no hospital, em que a mais frequente é a infecção do aparelho urinário, relacionada ao cateterismo vesical de demora. Constitui um grave problema de saúde pública mundial e os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão submetidos a um risco maior devido à gravidade do quadro clínico e a frequente realização de procedimentos invasivos. A pesquisa tem como objetivo primordial investigar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar causado pelo Cateterismo Vesical de Demora (CVD) em pacientes internados na UTI e identificar as rotinas de troca e manutenção do mesmo, bem como verificar os conhecimentos dos membros da equipe de enfermagem sobre os sinais e sintomas que os levam a suspeitar de tais infecções, além de averiguar os cuidados preventivos. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva com abordagem quantitativa, a amostra da pesquisa foi constituída por 24 profissionais de enfermagem, dentre os quais 06 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos; como instrumento de coleta foi utilizado um questionário semi-estruturado com 13 questões para atender os objetivos propostos. A análise dos resultados permitiu observar que os profissionais de enfermagem detêm o conhecimento sobre as infecções hospitalares causadas pelo CVD em pacientes internados na UTI, no entanto os mesmos ressaltam que a capacitação através de cursos e treinamentos pode ser uma importante alternativa para prevenir a infecção hospitalar em relação ao CVD. A interação entre a equipe de saúde e o paciente permite a promoção, prevenção e controle das infecções hospitalares, diminuindo assim a taxa de infecção. Cabem aos profissionais de enfermagem refletir sobre suas ações e atitudes no contato com os pacientes cateterizados que contraíram alguma infecção hospitalar.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Cateter Vesical de Demora; UTI.

ABSTRACT

GABRIEL, Isaiane de Sousa. **Knowledge of nursing professionals about the risks of hospital infection through the indwelling catheters.** 72p. Completion Work of Course of Bachelor's Degree in Nursing. Federal University of Campina Grande-PB, 2011.

Hospital infection is any infectious complication related to the assistance provided in the hospital, in which the most common is the urinary tract infection, related to the indwelling catheters. It is considered as a serious worldwide public health problem and patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) are submitted to a greater risk due to the severity of the clinical and frequent invasive procedures. The research aims primarily to investigate the knowledge of nursing professionals about the risks of infection caused by Indwelling Catheter (IC) in ICU patients and to identify the change and maintenance routines of the same, and to verify the knowledge of members of the nursing staff about the signs and symptoms that lead them to suspect such infections, and to ascertain preventive care. This is a type exploratory and descriptive research with quantitative approach, the research sample consisted of 24 nurses, in which are 06 nurses and 18 nursing technicians, who answered the inclusion and exclusion criteria previously established; as collection instrument it was used a semi-structured questionnaire with 13 questions to meet the proposed objectives. The results allowed to observe that nursing professionals have the knowledge about hospital infections caused by IC in ICU patients, however they point out that training through courses and training can be an important alternative to prevent hospital infection from IC. The interaction between the health team and the patient allows promotion, prevention and control of hospital infections, thus reducing the infection rate. It's up to the nurses reflect on their actions and attitudes in contact with the catheterized patients who contracted some hospital infection

Keywords: Hospital Infection; Indwelling Catheter; ICU.

LISTA DE FIGURAS

TABELA 1 - Caracterização da equipe de enfermagem que atua na UTI.....	35
TABELA 2 - Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre infecção hospitalar	37
GRÁFICO 1 – Possíveis fatores de risco presentes na UTI que podem favorecer a infecção hospitalar, segundo a opinião da equipe de enfermagem.....	38
GRÁFICO 2 – Distribuição dos conhecimentos dos profissionais sobre CVD	39
GRÁFICO 3 – Participação em cursos de treinamento sobre infecção hospitalar que abordasse os cuidados relacionados ao CVD	40
GRÁFICO 4 – Quem realiza o procedimento de cateterização vesical de demora nos pacientes	41
GRÁFICO 5 – Distribuição da frequência que deve ser realizada a higienização do meato uretral.....	42
GRÁFICO 6 – Distribuição segundo o tempo de troca do CVD	43
GRÁFICO 7 – Distribuição sobre quantas vezes ao dia deve ser esvaziados o coletor de urina.....	45
GRÁFICO 8 – Demonstração dos aspectos considerados importantes para a ocorrência de infecção hospitalar em relação ao CVD	46
GRÁFICO 9 – Demonstração das medidas utilizadas pelos enfermeiros para prevenir a infecção hospitalar através do CVD	47
GRÁFICO 10 – Demonstração dos sinais e sintomas que levam os profissionais de enfermagem a suspeitar de infecção hospitalar nos pacientes cateterizados.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde
CVD - Cateter Vesical de Demora
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
HRC - Hospital Regional de Cajazeiras
EPI - Equipamentos de Proteção Individual
IH - Infecção Hospitalar
ITU - Infecção do Trato Urinário
MS - Ministério da Saúde
PCIH - Programa de Controle de Infecção Hospitalar
SUS - Sistema Único de Saúde
SCIH - Serviços de Controle de Infecção Hospitalar
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 INFECÇÃO HOSPITALAR X CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD)	18
3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	22
3.3 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	24
4 METODOLOGIA	29
4.1 TIPO DE PESQUISA	30
4.2 LOCAL DA PESQUISA	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	32
4.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
7 REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE	64
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS	68
ANEXO A – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	
ANEXO B – PARECER DO CEP DA UNIVESIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA	
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	

1-INTRODUÇÃO

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.*
Cora Coralina

A hospitalização é uma situação delicada para os pacientes e seus familiares, visto que provoca mudanças na vida dos mesmos, gerando ansiedade pela exposição a um ambiente estressante, necessitando de apoio dos profissionais que compõem o serviço (ASSUNÇÃO; FERNANDES, 2010).

Durante essas hospitalizações, as Infecções Hospitalares (IH) são uma constante preocupação da equipe de saúde, e dentro do âmbito hospitalar um dos setores considerado mais propício a essas infecções são as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), podendo atingir cerca de 20% ou mais pacientes, de acordo com a doença de base e outros fatores de risco (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008). Corroborando com isso, Oliveira et al (2009) acrescenta que o uso frequente de procedimentos invasivos aumenta o risco em 5 até 10 vezes nos pacientes internados nas UTIs.

Neste setor são realizados vários procedimentos invasivos, entre eles destaca-se a Cateterização Vesical, que significa a introdução de uma sonda uretral através do meato urinário até a bexiga. Estima-se que entre 15% e 25% dos pacientes, durante a sua hospitalização, submetem-se à cateterização vesical e a prevalência de seu uso tem aumentado nas últimas décadas. Uma das IHS mais comuns são as Infecções do Trato Urinário (ITU), que contribuem com 35% do total de infecções adquiridas no ambiente hospitalar, onde mais de 80% das ITU estão associadas ao Cateter Vesical de Demora (CVD), e outras em 5% a 10% (KNOBEL, 2006).

Para Souza; Rocha; Gabardo (2011), o aumento da incidência das IH ocorreu em decorrência do desenvolvimento tecnológico, a partir da Revolução Industrial, possibilitando assim o aumento dos procedimentos e técnicas invasivas, elevando as chances do paciente adquirir uma infecção.

No Brasil não existe um sistema organizado para o rastreamento e controle de infecções, com isso não se tem uma avaliação adequada dessas infecções em pacientes criticamente enfermos, não permitindo assim uma melhor estratégia no controle deste problema, estes dados só são encontrados através de esforços localizados e relacionados a protocolos de pesquisa (LISBOA et al., 2007).

Essa problemática no país cresce a cada dia, pois os custos dos tratamentos de pacientes com IH são três vezes maior do que aqueles pacientes sem infecção. São agravos que atingem o mundo todo, representando uma das causas de morte em pacientes hospitalizados. Segundo o Ministério da Saúde (MS), no Brasil a taxa média de IH é de cerca 15%, ao passo que nos EUA e na Europa é de 10% (MOURA et al, 2007; BRASIL, 2004).

Pode-se dizer que as IH representam um grave problema de saúde pública, pois constituem a principal causa de morbidade e mortalidade hospitalar, como também, ampliam o tempo de permanência dos pacientes nos hospitais e, com isso, elevam os custos do tratamento e reduzem a utilização de seus leitos (FOCACCIA, 2009; OLIVEIRA; MARUYAMA, 2008).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: qual o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar através da técnica de cateterização vesical? Como é feita a prevenção e o controle dessas infecções?

O controle das IH nos dias atuais é considerado um importante indicador para que um serviço em uma instituição seja considerado de qualidade. No entanto a prática desse controle representa um desafio para toda equipe de saúde, especialmente, nos ambientes de cuidados aos pacientes de maior complexidade e/ou submetidos a terapias invasivas e agressoras (SILVA, 2003).

O interesse pelo tema deste estudo é reflexo da observação dos altos índices de IH nas UTIs, durante a vivência acadêmica, principalmente em decorrência da gravidade de doença de base, procedimentos invasivos utilizados ao longo do tempo de internação, como o CVD, tornando esse paciente mais susceptível à aquisição de tais infecções. Sabendo que os fatores determinantes para o crescente número de IH relacionadas ao CVD está centrado na assistência de enfermagem que atua tanto na diminuição quanto no aumento da infecção.

Durante a formação acadêmica os pesquisadores se interessaram pela temática acima descrita a partir da oportunidade de um estágio extracurricular no Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), onde observou-se os riscos de infecções dos pacientes durante a introdução da sonda vesical, bem como durante a manutenção da mesma na internação na UTI, optou-se então por uma investigação delineada sobre os conhecimentos dos profissionais que atuam na assistência intensiva.

O estudo será de fundamental relevância para os profissionais de enfermagem, pois a partir dos resultados se espera que se multipliquem os conhecimentos adquiridos a cerca da temática exposta para os mesmos. Além disso, espera-se que este trabalho sirva de base para a implementação de ações de prevenção e controle da infecção hospitalar relacionada ao cateter vesical de demora, mostrando a importância da intervenção da enfermagem de modo a contribuir para a discussão na promoção e prevenção das infecções hospitalares implementadas pelos profissionais de enfermagem nas UTI.

2- OBJETIVOS

“O Senhor fez grandes coisas por nós, e por isso estamos alegres.”

Salmos 126:3

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar causados pelo Cateterismo Vesical de Demora em pacientes internados na UTI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as rotinas de troca e manutenção do cateter vesical de demora;
- Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os sinais e sintomas que os levam a suspeitar de infecção;
- Averiguar quais os cuidados preventivos da infecção intra hospitalar do trato urinário em pacientes com uso do cateter.

3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*"Dê-me uma alavanca e um ponto de apoio e levantarei o mundo."
Arquimedes*

3.1 INFECÇÃO HOSPITALAR X CATETER VESICAL DE DEMORA (CVD)

Os hospitais são instituições onde os avanços científicos fornecem aos pacientes os serviços diagnósticos e terapêuticos mais atualizados. Contudo, a tecnologia não é isenta de riscos, e as infecções relacionadas à assistência à saúde estão entre os riscos mais antigos. É um estabelecimento próprio para a internação e tratamento de doentes (FOCACCIA, 2009).

Entende-se por Infecção, segundo Paulino (2000) como um processo em que microorganismos, presentes ou não no hospedeiro, invadem tecido(s) do mesmo, e se multiplicam nele. A gravidade da infecção está na dependência do número de germes infectantes, de sua virulência e das defesas do organismo do hospedeiro.

Tratando-se de IH, conforme a Portaria n.º 2616 de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde (MS), é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (BRASIL, 1998a).

Segundo o autor supracitado, convencionou-se infecção hospitalar (IH) como toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 horas após a admissão do paciente quando se desconhece o período de incubação do microorganismo e não existe evidência clínica e/ou laboratorial de infecção no momento da internação, e também aquelas manifestações antes de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período. São também hospitalares as infecções de recém-nascidos, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas à bolsa róta superior a 24 horas.

As IH existem desde que surgiram os hospitais, em consequência da elevada incidência de doenças epidêmicas, que atingiam às comunidades pobres e, também, às precárias condições de higiene e de saneamento na qual a população vivia (NUNES; MIRANDA; BRASILEIRO, 2010).

Haja vista que o meio hospitalar é um grande reservatório de patógenos virulentos e oportunistas, de modo que o surgimento de infecções podem ser adquiridas não só por pacientes, que representam maior susceptibilidade, mas também, embora menos frequentemente, por visitantes e funcionários do próprio hospital (BRASIL, 2004).

Podemos classificar a infecção em exógenas ou endógenas, onde a primeira são aquelas causadas por microorganismos externos ao paciente que não fazem parte da flora normal, veiculados pelas mãos da equipe de saúde, por alimentos, água, vetores ou por medicamentos contaminados durante a sua produção ou manipulação hospitalar, enquanto a

endógena é causada pela própria microbiota do paciente (CARVALHO; MARQUES, 1999; POTTER; PERRY, 2004).

Para Leão et al (1997), embora algumas IH sejam exógenas, a maioria são endógenas. As principais infecções exógenas são através do contato físico direto, o contato indireto por objetos e líquidos contaminados, e a via aérea, essas infecções podem ser evitadas. Já as infecções endógenas dificilmente podem ser evitadas, pois são causadas pela própria microbiota do paciente e dependem da sua própria defesa imunológica.

Estes agravos desafiam constantemente a qualidade da assistência prestada no sistema de saúde como um todo (SANTOS et al, 2005). Corroborando com isso Salomão e Pignatari (2004) afirmam que o acontecimento desses agravos não quer dizer necessariamente que seja um erro hospitalar ou da sua própria equipe na assistência prestada ao paciente, ocorre que muitas medidas de prevenção atuais não podem evitá-las. Uma das medidas mais importantes e mais utilizadas para a prevenção de contaminações é a higienização das mãos, tal procedimento é de inquestionável eficácia e baixo custo.

A partir da década de 80 iniciou-se a conscientização dos profissionais de saúde a respeito do controle de IH, com a criação de Comissões de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) em vários estados do país. Este fato foi muito importante para o desenvolvimento do controle dessas infecções (PEREIRA et al., 2005).

O Ministério da Saúde, em 24 de junho de 1983, instituiu a portaria 196 onde estabeleceu a obrigatoriedade, para todos os hospitais do país, da manutenção de CCIH. Com esta publicação nasceu o modelo brasileiro de prevenção e controle das infecções relacionadas à atenção à saúde (FOCACCIA, 2009). Corroborando com isso Pereira et al (2005) acrescenta que em 1992 o MS publicou a Portaria de nº 930 que entre outros avanços defendia a busca ativa de casos.

Na estrutura organizacional, a CCIH é um órgão de assessoria da Diretoria Clínica, tendo como competência a elaboração do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) (TURRINI, 2004). Este programa foi consolidado em 1997 com a publicação da Lei Federal 9.431, nesta Lei o PCIH deverá conter o conjunto de ações a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente para uma máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares (SANTOS et al., 2005).

Sobre a criação dos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o MS produziu normas no Brasil através de portarias. Este serviço deve ser constituído por profissionais do próprio hospital, sendo composto por, pelo menos, um médico e um enfermeiro com formação epidemiológica, para cada duzentos leitos ou fração deste número.

Estes profissionais devem ter um período de trabalho de no mínimo de 4 e 6 horas diárias, respectivamente (SALOMÃO; PIGNATARI, 2004).

Segundo Focaccia (2009), toda a equipe de profissionais deve se conscientizar de que o médico e o enfermeiro sozinhos não são capazes de realizar um trabalho efetivo de prevenção de tais infecções, é preciso que haja um trabalho conjunto de todos os profissionais que realizam cuidados diretos e indiretos aos pacientes.

Segundo o autor supracitado, a realidade no Brasil ainda é preocupante, torna-se muito difícil a implantação de eficientes medidas para o controle desses contágios, devido à carência de recursos humanos e materiais necessários, principalmente em instituições públicas de saúde. Além disso, muitas instituições somente para cumprir as leis elegem pessoas sem qualquer conhecimento da atividade, por conta disso ocorre à falta de atuação destes profissionais, levando a elevadas taxas de infecções nas instituições brasileiras.

Para Salomão e Pignatari (2004) é preciso mudar essa realidade, através de um maior compromisso dos poderes municipais, estaduais e federais, melhorando a administração dos hospitais, tendo em vista uma melhora na qualidade do atendimento ao paciente e a implantação de profissionais capacitados na CCIH.

A CCIH tem ações intersetoriais dentro da instituição. Suas ações de vigilância epidemiológica, na busca de indicadores para avaliação de tais contaminações, têm como principal alvo o paciente interno, porém sua atuação junto às doenças de notificação obrigatória, assim como o controle de surtos, tem como cliente o gestor local de saúde (SOUZA; MOZACHI, 2007).

Os autores ainda mostram que a vigilância epidemiológica desses agravos deve ser realizada através da observação ativa, sistemática e contínua da ocorrência e da distribuição dessas infecções e dos eventos ou condições que contribuem para o aumento ou diminuição de sua ocorrência entre os pacientes hospitalizados, devendo haver o controle das infecções.

Os métodos invasivos, como a cateterização urinária são responsáveis por grande número das infecções. Este procedimento trouxe muitos benefícios e, juntamente com ele trouxe problemas e riscos potenciais à manipulação do trato urinário, sendo a infecção urinária uma das que mais causam infecções hospitalares (TURRINI, 2000).

O Cateter Vesical de Demora (CVD) é responsável por cerca de 80% das infecções do trato urinário (ITU) e a maioria delas acontece em ambiente hospitalar, sendo endêmicas e assintomáticas (FOCACCIA, 2009). Corroborando com isso, Vieira (2009) acrescenta que a ITU é caracterizada pela invasão de microorganismos em qualquer tecido da via urinária,

sendo uma das IH mais frequentes e a enfermagem tem importante papel na prevenção e controle dessas infecções.

O CVD é também conhecido como sonda de Foley ou para retenção, é utilizado para drenagem contínua da urina na bexiga; contém um balão insuflado na extremidade distal do cateter, impedindo assim que este saia depois de inserido (APPLING, 2005). Possui duas ou três vias, uma via drena a urina da sonda para o tubo coletor e quando o balão é insuflado ou desinsuflado, esta segunda via carrega água destilada pra dentro e para fora do balão. A terceira via (opcional) pode ser empregada para influir líquidos ou medicamentos para dentro da bexiga (POTTER; PERRY, 2004).

Segundo os autores supracitados, durante a inserção do CVD o profissional de enfermagem deve utilizar as técnicas assépticas, organizando o material antes do procedimento para evitar interrupções. A sonda de demora permanece por um período prolongado, até que o paciente tenha possibilidade de urinar, podendo haver a necessidade de trocar periodicamente.

De acordo com Appling (2005) o CVD também é utilizado para a retenção urinária e obstrução do trato urinário, para aliviar a distensão da bexiga e realizar uma drenagem contínua de urina quando estiver edemaciado o meato urinário, geralmente por causa de partos, cirurgias ou tratamentos no local. Dentre os fatores de risco relacionados à infecção durante o uso do CVD, estão à colonização do meato uretral por bactérias potencialmente patogênicas e a duração da cateterização. Estes são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da bacteriúria.

Para minimizar os riscos de infecção depois do cateterismo inserido, a equipe de enfermagem deverá manter um sistema de drenagem fechado e a bolsa de drenagem deverá ser mantida abaixo do nível da bexiga, podendo desenvolver infecções no paciente caso a urina retorne para dentro da bexiga, isto só irá ocorrer se a bolsa de drenagem for elevada acima do nível da bexiga do paciente, transformando-se um meio para bactérias, desenvolvendo assim infecções (POTTER; PERRY, 2004).

Os cuidados com o cateter ajudam a impedir o crescimento e a disseminação de elementos patogênicos colonizadores. Devem ser utilizadas medidas de higiene para manter limpo o meato e próximo ao cateter. Com o cateter instalado o meato se mantém levemente dilatado, os elementos patogênicos possuem uma via direta até a bexiga, podendo ocorrer assim à infecção (TIMBY, 2001).

O CVD pode ser removido quando o paciente retornar ao padrão de eliminação urinária ou quando estiver obstruído. Dependendo da duração da cateterização, o paciente

deverá ser orientado para uma reeducação vesical antes da remoção do cateter e o enfermeiro deve promover a função vesical normal, evitando o trauma da uretra (APPLING, 2005).

As principais medidas de prevenção das IHI em relação ao CVD é o uso criterioso da cateterização vesical. Outras medidas importantes para a prevenção de infecções é o uso constante de sistema de drenagem fechado e o treinamento dos profissionais quanto às técnicas assépticas de inserção e manutenção dos cateteres. Um importante item a ser observado é a avaliação constante da necessidade de manutenção do cateter, pois um terço dos dias de sondagem é desnecessário e a remoção pode prevenir 40% das ITUs (FERNANDES; FERNANDES; RIBEIRO FILHO, 2000).

3.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) teve sua origem paralela à evolução dos avanços tecnológicos, alcançados pela medicina moderna (LINO; SILVA, 2001). Através da italiana Florence Nightingale surge o propósito e a filosofia da UTI, sendo consagrada a primeira Enfermeira Intensiva e formadora da Enfermagem Moderna (FERRARI, 2005).

Durante a Guerra da Criméia (1854-1856) Florence Nightingale providenciou um método para observação continuada de muitos pacientes, com poucas enfermeiras, de forma a favorecer o cuidado imediato. Ela dispunha os pacientes nas enfermarias conforme a gravidade, os considerados críticos ficavam juntos à área de trabalho das enfermeiras (GOMES, 1988).

Silva (2009) refere que Florence Nightingale, apesar de não possuir conhecimentos científicos extensos, já se preocupava em prestar maiores cuidados aos pacientes gravemente enfermos e também em subdividi-los em enfermarias conforme sua gravidade para submeter-se aos cuidados intensivos, observação e pelo risco de infecção e contaminação.

O avanço dos procedimentos cirúrgicos e a necessidade de maiores cuidados no pós-operatório imediato impulsionaram o desenvolvimento das unidades especiais de terapia. Inicialmente, o tratamento ocorria em salas especiais próximas as de cirurgias e o acompanhamento era conduzido pelo cirurgião e, posteriormente, pelo anestesista. Depois de algum tempo, o enfermeiro e sua equipe passaram a se responsabilizar diretamente pela observação e tratamento clínico dos pacientes de risco (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2005).

As primeiras UTIs foram implantadas no Brasil na década de 1970, essas unidades se tornaram especializadas e de alta complexidade. Deste modo, houve a necessidade dos

profissionais se aperfeiçoarem e, além disso, a obtenção de equipamentos cada vez mais modernos e sofisticados (GARANHANI et al, 2008).

Desde o início, os sinais vitais eram verificados intermitentemente pela enfermagem, pois a monitorização, precisa e contínua, não era disponível. A partir do acesso a recursos mais especializados que outrora a UTI não dispunha, os pacientes passaram a ter a chance de sobrevivência (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007).

Elas surgiram a partir da necessidade de oferecer suporte avançado de vida e tratamento a pacientes potencialmente graves que porventura possuam chances de sobreviver, destina-se a internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de gravidade. É um ambiente reservado, que oferece monitorização e vigilância contínua, com a grande preocupação em fornecer conforto e ausência de dor a todos os pacientes (PENHA, 2008).

Atualmente a UTI é constituída de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes em estado agudo ou de risco, passíveis de recuperação que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínuas, além de equipamentos e recursos humanos especializados, com acesso a outras tecnologias designadas a diagnóstico e tratamento (BRASIL, 1998b).

Diversos autores discorrem sobre os objetivos deste serviço. Na perspectiva de Lima; Rosa (2008), o objetivo desta unidade é reduzir a mortalidade mediante cuidados intensivos e observação individual, contínua e integral conforme as necessidades do paciente. Já para Leite; Vila (2005) descreve como objetivos da UTI a locação de recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes que requerem assistência permanente e a utilização de tecnologias apropriadas para a observação e monitorização contínua das condições vitais do paciente e para a intervenção em situações de descompensações.

É considerado um local onde todos os esforços são feitos, por uma equipe de pessoas especializadas e treinadas, para que o paciente melhore seu quadro clínico. É um local onde se luta pela vida (SOUZA; MOZACHI, 2007). Corroborando com isso, Garanhani et al (2008) afirmam que os serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes críticos que necessitem de cuidados complexos e especializados.

Para Brasil (2005) a UTI é um local de grande tecnologia e especialização, visto que é um espaço laboral destinado aos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, pois possuem uma grande diferenciação de conhecimento, habilidades, competência e agilidade para a realização de procedimentos que, em muitos momentos, representam a diferença entre a vida e a morte dos pacientes, por isso, estes profissionais precisam de muito preparo para atuar nestas unidades.

De acordo com a portaria GM/MS nº. 3.432 de 12 de agosto de 1998 do Ministério da Saúde, a UTI deve ser caracterizada conforme a faixa etária dos pacientes atendidos, sendo considerada neonatal quando atendem pacientes de 0 a 28 dias; pediátrica quando atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos; adulto quando atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos e especializada quando atendem pacientes portadores de doenças específicas ou determinada especialidade (BRASIL, 1998b).

O acesso a esse setor deve ser controlado, sem circulação para outros setores, sendo considerada uma área fechada onde o entrosamento com outros setores é bastante diminuído. Sua localização deve ter acesso direto e ser próxima de elevador, serviços de emergência, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésicas, unidades intermediárias de terapia e serviços de laboratório e radiologia (SANTOS, 2004).

A Terapia Intensiva é reconhecida pela equipe que nela atua e pelos pacientes e familiares como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Os pacientes que são admitidos nas UTIs correm mais riscos de adquirir infecção, sendo de 5 a 10 vezes maior do que aqueles de outras unidades do hospital, tornando-se mais vulneráveis às infecções, visto que são expostos frequentemente a fatores de risco como procedimentos invasivos, cirurgias, drogas imunossupressoras, uso de antimicrobianos e as interações com a equipe de saúde (COUTO; PEDROSA; NOGUEIRA, 2003).

Seguindo ainda o pensamento de Mitteldorf, Rasslan e Birolini (2007) relatam que nas UTIs estão cerca de 10% do total de leitos nos hospitais, apesar disto 20% de todas as infecções hospitalares estão presentes nesta unidade. Com isso muitos recursos são gastos nos tratamentos destes pacientes, podendo assim ocorrer uma grande morbidade e mortalidade neste setor.

3.3 A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A enfermagem moderna surge por intermédio de Florence Nightingale, e paralelamente surge a enfermagem intensivista. Florence enfatiza o valor de um olhar diferenciado para os pacientes graves e, a partir desta visão demonstra a importância da monitorização intensa dos doentes, como também a divisão pela gravidade de enfermidade dos pacientes (SOUZA, 2010).

Seguindo ainda o pensamento do autor supra-citado, o enfermeiro intensivista deve ter uma visão holística, que abrange o paciente como um todo, em sua totalidade, e não somente na sua esfera física e gerencial, mas também nas suas manifestações de espírito humano,

englobando os aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais durante todo o cuidar prestado.

Conforme Turrini (2000) a equipe de enfermagem passa mais tempo em contato com os pacientes internados, na qual esta equipe é numericamente superior a outros profissionais na maioria das instituições de saúde. As ações de prevenção, detecção e controle de infecção feita por esta equipe é resultado da prestação de cuidados físicos como também a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. O enfermeiro supervisiona os demais profissionais de enfermagem, como o técnico e o auxiliar de enfermagem, ficando em sua responsabilidade a vigilância sobre estes profissionais para o controle das infecções hospitalares.

Dentre os profissionais que compõem a UTI, deve-se obrigatoriamente existir a equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos, onde estes profissionais devem trabalhar juntos para um objetivo em comum. De acordo com a lei do exercício profissional de enfermagem nº 7.498, de 25 junho de 1986 (COFEN) citado por Lino e Calil (2008, p. 779) em seu artigo, as responsabilidades privativas dos enfermeiros, são:

[...] organizar e planejar a assistência a ser prestada; disponibilizar recursos humanos, materiais e equipamentos; coordenar e distribuir à equipe; garantir a qualidade e segurança do atendimento à equipe e pacientes; estabelecer prioridades; atender os objetivos da Instituição no que tange a rotinas, fluxos e normas; interagir com as equipes multidisciplinares; entre outros.

O enfermeiro deve dirigir, coordenar, planejar, prescrever, delegar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem a partir do grau de dependência dos pacientes. O mesmo tem a competência de delegar tarefas ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem para o cuidado ao paciente internado (LINO; CALIL, 2008).

Estes pacientes muitas vezes são vulneráveis a infecções, necessitando de cuidados. A equipe de enfermagem pode e deve participar ativamente através da aplicação do processo de enfermagem que tem a finalidade de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, proporcionando uma estrutura organizada, criativa e individualizada, podendo ser usada em todos os ambientes (MADEIRA, 2003).

A equipe de enfermagem pode minimizar os riscos de infecções nas UTIs, através do processo de enfermagem, que segundo Tannure e Gonçalves (2009) este processo é um instrumento que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem e auxilia o profissional a tomar decisões e a prever e avaliar as consequências.

Corroborando com isso, Smeltzer e Bare (2005) relatam o processo de enfermagem

como sendo uma resolução de problemas para atender às necessidades de cuidados de saúde e também os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem a uma pessoa. O processo de enfermagem possui cinco fases: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução.

O histórico ou a investigação é a primeira fase do processo de enfermagem, sendo este o primeiro passo para a determinação do estado de saúde do paciente, através da coleta de dados e do exame físico que torna possível a identificação do problema (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

É nesta fase que o enfermeiro analisa se o paciente está com alguma infecção, avaliando os seus mecanismos de defesa e analisando a história da doença, tomando conhecimento sobre alguma infecção. Caso exista esta infecção o enfermeiro deverá prestar os devidos cuidados e assim comunicar a sua equipe para as necessidades potenciais de terapia e medidas de suporte de enfermagem (POTTER; PERRY, 2004).

Após a investigação é realizado o diagnóstico, baseado nos problemas reais e potenciais, com isso o profissional de enfermagem deve organizar, analisar e resumir os dados coletados e assim determinar as necessidades dos pacientes para o cuidado de enfermagem. Caso o paciente esteja com risco para infecção, este diagnóstico deve ser cuidadosamente analisado, observando os fatores de risco para a obtenção do diagnóstico específico, e após uma confirmação o enfermeiro deverá traçar um plano de cuidados para este paciente, que irá conter as prioridades, os resultados esperados e as metas de enfermagem, este paciente receberá a assistência de enfermagem diante do diagnóstico estabelecido. Através deste plano, o enfermeiro deverá alcançar resultados em relação ao diagnóstico de enfermagem (SMELTZER; BARE, 2005).

A implementação envolve a execução do plano de cuidado de enfermagem. São ações prescritas e necessárias à obtenção dos resultados esperados, visando o monitoramento do estado de saúde, a fim de minimizar os riscos de uma infecção, resolvendo e controlando este problema e assim promovendo a saúde deste indivíduo. Para que isto ocorra, os profissionais de enfermagem devem minimizar o início e a disseminação das infecções através das práticas de assepsia (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

Para Marques (2009) essas práticas de assepsia ou técnicas de limpeza incluem as medidas corretas de higienização das mãos, o uso correto dos equipamentos de proteção individual e a utilização adequada de suprimentos esterilizados.

Segundo Potter; Perry (2004) as mãos são as principais vias de transmissão de infecção hospitalar e a técnica mais importante para a prevenção e controle da transmissão de

infecções é a lavagem das mãos, devendo ser realizada antes e após o contato com o paciente ou manuseio de equipamentos e execução de procedimentos.

As luvas de procedimentos são consideradas uma barreira para o controle da disseminação de microorganismo no ambiente hospitalar, é indicada para proteger da contaminação tanto o profissional como o paciente. É aconselhado usar as luvas sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou pele não íntegra. As máscaras devem ser usadas na realização de procedimentos que possibilitem respingos de sangue ou outros fluidos corpóreos nas mucosas da boca e do nariz do profissional (SOUZA; MOZACHI, 2007).

Segundo Souza et al (2008) o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é fundamental para uma prática segura nos serviços de assistência à saúde, no entanto esta segurança só será efetiva não apenas pelo uso correto destes equipamentos e sim pela maneira como serão utilizados, incluindo processos de descontaminação, e as rotinas de troca dos mesmos.

A evolução é a etapa final do processo de enfermagem, onde o enfermeiro irá avaliar as respostas do cliente aos cuidados prescritos, por meio de anotações no prontuário, relatos diários, e a avaliação do progresso do cliente, estabelecendo medidas corretas e necessárias aos objetivos prescritos (TANNURE; GONÇALVES, 2009).

O enfermeiro que coordena a assistência de enfermagem possui várias preocupações relativas aos processos de enfermagem como ensinar, pesquisar, administrar e assistir em enfermagem, onde a complexidade e a interlocução desses processos desafiam a capacidade do enfermeiro em diagnosticar e propor intervenções de enfermagem eficazes. Sua habilidade e astúcia são exigidas para priorizar problemas e implementar ações (TURRINI, 2000).

O enfermeiro intensivista deve possuir habilidades e competência, visto que esta competência é construída ao longo do curso da vida profissional do trabalhador, promovendo a competência humana do cuidado, em sua dimensão ética. Esta competência não deve estar limitada apenas ao saber fazer, mas também ao saber agir com responsabilidade. É necessário que a equipe de enfermagem intensivista saiba lidar com situações e problemas complexos, não se restringindo só ao ato de admissão do paciente ou ao exame físico e evolução de enfermagem, contudo o mesmo deve estar atento a todo o momento em que o paciente permanecer na UTI (SOUZA, 2010).

O cuidado de enfermagem ao ser humano deve ser necessariamente voltado ao cuidado humanizado. É importante destacar que muitas vezes devido à sobrecarga de trabalho, a enfermagem proporciona uma assistência mecanizada e tecnicista, não reflexiva,

esquecendo assim de humanizar o cuidado. Humanizar não é uma técnica e muito menos um artifício, é um processo vivenciado por todas as pessoas que trabalham em uma unidade hospitalar, oferecendo aos pacientes o tratamento adequado no momento de sua internação, de acordo com as necessidades de cada um (SALICIO; GAIVA, 2006).

A humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe na UTI, os cuidados prestados por esses profissionais aos pacientes devem conciliar a tecnologia disponível com o acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, ocorrendo à satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005).

A assistência oferecida aos pacientes na UTI exige intervenções rápidas e sem dúvidas exigem emoções e sentimentos que frequentemente se expressam de forma muito intensa. Ser enfermeiro na UTI envolve a realização de um trabalho gratificante na promoção de saúde e vida (GUERRER; BIANCHI, 2008).

4- METODOLOGIA

“Uma longa viagem começa com um único passo”
Lao-Tsé

Metodologia é o conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento (ANDRADE, 2003).

Tem como função mostrar ao pesquisador como andar na pesquisa, ajudando-o a refletir e instigar um novo olhar sobre o mundo: um olhar curioso, indagador e criativo (SILVIA; MENEZES, 2001).

Corroborando com isso, Gil (2006) afirma que a pesquisa é um procedimento formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. Sua finalidade é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva com abordagem quantitativa.

A respeito da pesquisa exploratória, Severino (2007) aponta que esta busca o levantamento e informações sobre um determinado objetivo, onde é assim delimitado um campo de trabalho, e buscando a análise da atuação dos objetos pauta-se também como descritiva.

A pesquisa descritiva é aquela que analisa, observa, registra e correlaciona aspectos (variáveis) que envolvem fatos ou fenômenos, sem manipulá-los. Os fenômenos humanos ou naturais são investigados sem a intervenção do pesquisador que procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno acontece, sua relação e vinculação com outros, sua natureza e características (HEERDT; LEONEL, 2007)

Para Minayo (1993), a pesquisa quantitativa se trata de probabilidades, associações estatisticamente significantes sendo importantes para se conhecer uma realidade.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), localizado no extremo oeste do Estado da Paraíba, alto Sertão. Essa unidade integra o hospital que oferece 142 leitos hospitalares conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde 7 leitos são destinados a UTI, oferecendo atendimento generalista, sendo financiado pelo Estado, apresentando uma gestão bipartite (Estado e Município). O hospital serve de referência para 15 municípios circunvizinhos.

Tendo em vista a não existência na cidade de uma UTI pediátrica, a UTI deste referido

hospital serve de suporte para a pediatria, prestando também assistência à clientela adulta, onde oferece uma maior complexidade de cuidado ao atendimento à pacientes com diversas patologias, sendo oriundos da Emergência, das Clínicas e Bloco Cirúrgico.

O HRC funciona como campo de estágio para os cursos das áreas de saúde existentes no município de Cajazeiras. Possui uma equipe multidisciplinar composta pela equipe de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem), Médico, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista e Assistente Social.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Gil (1999) a população de uma pesquisa é definida como referência ao total de habitantes de determinado lugar. E a amostra é a parte da seleção para participação em uma pesquisa, sobre a qual serão elaboradas as hipóteses e conclusões.

A população da pesquisa foi constituída por todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham na UTI, atualmente a escala é composta por 06 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem.

No primeiro momento a população amostral era composta por 30 profissionais de enfermagem, sendo 06 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem, porém 06 técnicos de enfermagem não participaram da coleta de dados, pois 05 deles trabalhavam a menos de 6 meses na UTI e 01 se negou a responder o instrumento de coleta de dados, perfazendo uma amostra de 24 profissionais de saúde, dos quais 06 são enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A amostra foi composta de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos na pesquisa todos os profissionais de enfermagem que trabalham na UTI, de ambos os sexos, que desempenhe essas atividades a mais de seis meses e que desejem participar voluntariamente da pesquisa.

Foram excluídos os profissionais de enfermagem que não façam parte da escala de trabalho da UTI e os que estavam afastados por motivos de férias, doenças, licença maternidade e recurso da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário semi-estruturado que abordou questões sócio-demográficas e dados referentes ao objetivo da pesquisa (APÊNDICE A).

Gil (2006) define questionários como um método de investigação composta por um número de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. Para Marconi e Lakatos (2002), questionário é um instrumento essencial de coleta de dados.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

É nesta etapa que se inicia a aplicação do instrumento para se efetuar a coleta dos dados. Esta é uma tarefa bastante cansativa, exigindo muito tempo, esforço e planejamento por parte do pesquisador (MACONI; LAKATOS, 2008).

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2011, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o protocolo nº 0388.0.133.000-11, e logo após foi encaminhado um ofício ao Diretor da Instituição, solicitando a autorização da pesquisa.

A coleta foi realizada nos turnos da tarde e noite, abordando assim os profissionais de enfermagem que trabalham em plantões diurnos e noturnos, o questionário foi aplicado pessoalmente pela própria pesquisadora, levando em consideração à disponibilidade dos sujeitos da pesquisa. Com relação aos dados, os mesmos foram coletados respeitando a Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa em seres humanos.

Para Pádua (2004) a coleta e o registro dos dados pertinentes ao assunto referente é o momento resolutivo da pesquisa científica, a ser realizada com o máximo de compromisso e dedicação do pesquisador.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta e avaliação dos instrumentos, com criteriosa leitura os dados sócio-demográficos foram analisados através da regra do percentual simples utilizando o programa Microsoft Excel 2007, expostos em gráficos e tabelas e confrontadas com a literatura

pertinente a pesquisa proposta. Permitindo assim uma melhor apresentação e visualização dos resultados.

De acordo com Richardson (2007), o método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

Segundo Marconi e Lakatos (2008), definem tabela como um método estatístico sistemático, de apresentar os dados em colunas ou fileiras, que obedece à classificação dos objetos ou materiais da pesquisa. Já os gráficos são figuras que servem para a representação dos dados.

4.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

A pesquisa foi norteada a partir de Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos contempladas na Resolução nº.196/96, outorgada pelo Decreto nº. 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)-Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2000). Assim, os diretores dos setores envolvidos na pesquisa receberam as informações sobre o projeto de forma verbal e escrita, garantindo os esclarecimentos em qualquer aspecto que desejarem. Vale ressaltar que eles assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, também foram informados que os mesmos eram livres para retirar seu consentimento ou interromper a pesquisa em qualquer momento e que a sua autorização não acarreta custos e não foi disponível nenhuma compensação financeira; informando ainda que a participação seja voluntária e a recusa não acarreta qualquer penalidade.

5- **R**ESULTADOS E DISCUSSÕES

"Posso todas as coisas naquele que me fortalece"
Filípenses 4:13

A seguir, será demonstrado através do uso de gráficos e tabelas, os resultados adquiridos pelo presente estudo. Para facilitar o entendimento, os mesmos serão apresentados em resposta aos objetivos propostos para esta pesquisa. Abordamos os resultados a respeito dos dados relacionados aos conhecimentos dos profissionais de enfermagem pesquisados, quanto ao procedimento de sondagem vesical de demora, em pacientes na UTI.

TABELA 1 – Caracterização da equipe de enfermagem que atua na UTI.

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	20	83
Masculino	04	17
Faixa Etária		
20 31	10	42
31 41	11	46
≥ 42	03	12
Tempo de Trabalho UTI		
6 meses	06	25
1 ano a 2 anos	03	12
2 anos a >	15	63
Formação		
Enfermeiro (a)	06	25
Técnico (a) de Enfermagem	18	75
Total	24	100

Foram analisados 24 profissionais de enfermagem, havendo um predomínio em relação ao sexo feminino com 20 (83%) participantes e 04 (17%) do sexo masculino. Observou-se que a mulher, enquanto enfermeira representa maioria como principal provedora de cuidados no ambiente hospitalar, esta predominância ocorre desde os tempos primordiais, onde competia a ela todos os cuidados e práticas relacionadas ao nascimento, ao parto, ao cuidado com as crianças e também ao doentes.

O cuidar sempre esteve presente na história humana. Nas sociedades antigas, as práticas de cuidar eram desempenhadas, em geral, por mulheres, ditas como cuidadoras de seus filhos e esposos.

Shimizu e Ciampone (2002) cita a predominância de profissionais de enfermagem do sexo feminino, podendo ser justificado pela necessidade de se ter qualidades inerentes ao sexo feminino para o cuidar de doentes. Corroborando com isso, Lopes e Leal (2005) associa a figura da mulher aos cuidados domésticos às crianças, aos doentes e aos idosos, associados à

figura da mulher-mãe, que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher a mulher; e que a sustentação do trabalho masculino na enfermagem se dá pelos atributos relacionados à força física.

Com relação à faixa etária predominou a variável de 32 a 41 anos (46%). Os dados demonstram que a instituição de estudo possui um perfil de profissionais jovens já inseridos no mercado de trabalho, onde esses profissionais estão mais abertos aos avanços tecnológicos, estando em constante busca de novos conhecimentos e habilidades que possam acompanhar as inovações tecnológicas, possuem potencial para resolver problemas e enfrentar possíveis mudanças, tudo isso vem de encontro com a exigência da humanização na enfermagem que deve ser vista como imprescindível nos tempos atuais.

Para Carvalho e Kalinke (2008) as instituições de saúde vêm exigindo da equipe de enfermagem um perfil profissional motivado a adquirir novos conhecimentos e habilidades para enfrentar mudanças, essas mudanças avançam com velocidade e amplitude, facilitando o acesso a tecnologia e inovações.

Portanto, é preciso assumir uma posição diante dos desafios postos ao enfermeiro para enfrentar uma nova era, cujas tendências exigem, do profissional de futuro, o perfil de uma pessoa capaz de investir no autoconhecimento, que seja ágil e criativo na resolução de problemas, que tenha conhecimento variado e habilidade nas relações humanas (ESPERIDIÃO; MUNAM; STACCIARINI, 2002).

Em relação ao tempo de trabalho na UTI, a tabela acima nos mostra que a maioria dos participantes da pesquisa tem mais de 2 anos de experiência o que nos leva a concluir a existência de conhecimentos prévios nas condutas de trabalho na UTI.

Quanto à formação, os profissionais participantes desta pesquisa estão distribuídos da seguinte forma: 06 eram enfermeiros (25%) e 18 eram técnicos de enfermagem (75%). Isso decorre devido à maneira do dimensionamento da equipe de enfermagem, o qual corresponde ao disposto na portaria nº 3432/98 do Ministério da Saúde, onde dispõe sobre critérios de classificação de UTIs, a qual exige um enfermeiro coordenador exclusivo da unidade; um enfermeiro assistencialista exclusivo da unidade para cada dez leitos; um técnico de enfermagem para cada dois leitos, a cada turno de trabalho com exceção da coordenadora, que é apenas uma. Desse modo os resultados demonstram que o perfil da equipe de enfermagem da UTI na instituição estudada está dentro do panorama nacional (BRASIL, 1998b).

TABELA 2 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre infecção hospitalar.

Respostas	f	%
Infecção adquirida a partir de 72 horas após a admissão ou alta hospitalar e que se relacione com procedimentos hospitalares	10	42
Infecção adquirida no ambiente hospitalar	06	25
Meio de cultura que altera o organismo do paciente, desencadeando novas doenças	03	12
Infecção relacionada ao internamento que ocorre após 48 horas e após a alta hospitalar.	01	04
Infecção diagnosticada após 24 horas de admissão hospitalar	01	04
Não responderam	03	13
Total	24	100

No que diz respeito ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre infecção hospitalar analisando as principais respostas observamos que 10 (42%) dos entrevistados responderam que infecção hospitalar é aquela infecção adquirida a partir de 72 horas após a admissão ou alta hospitalar e que se relacione com procedimentos hospitalares e 06 (25%) dos participantes disseram que é uma infecção adquirida no ambiente hospitalar.

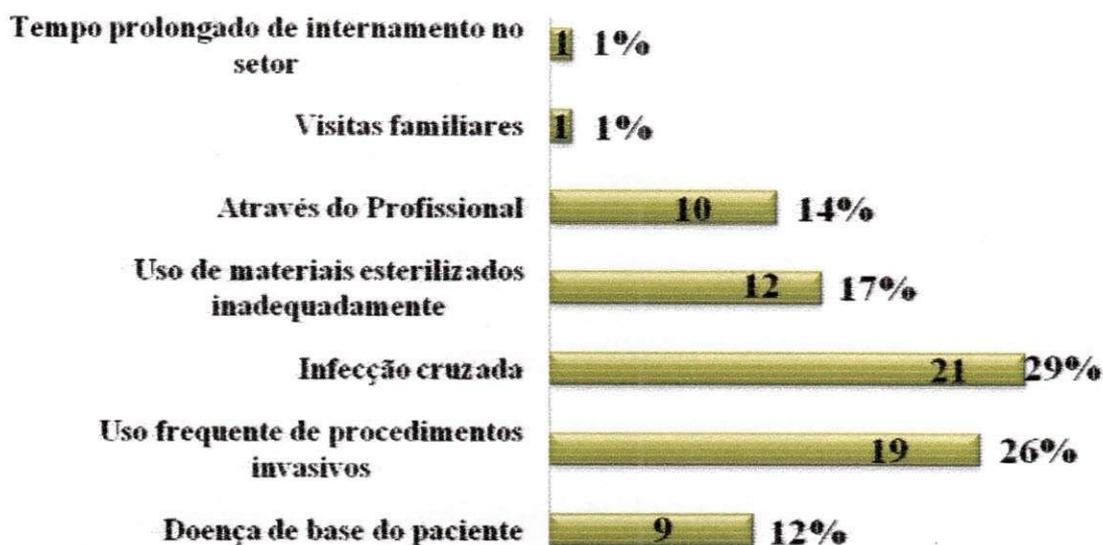
Percebemos que a maioria dos profissionais conhece o conceito de infecção hospitalar, na qual as respostas supracitadas dos 10 entrevistados (42%) vêm a ser confirmada com a Portaria nº. 2.616/1998a do Ministério da Saúde, a qual define a infecção hospitalar como toda infecção adquirida após admissão do paciente no hospital e que se manifesta durante o internamento ou após a alta, desde que sejam relacionados com a internação ou procedimentos hospitalares.

O Ministério da Saúde ainda analisa a infecção hospitalar como toda manifestação clínica de infecção que se que apresente a partir de 72 horas após a admissão, quando se desconhecer o período de incubação de microorganismo não havendo evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação.

Para Andrade (2002) a infecção hospitalar é aquela infecção adquirida por um paciente no meio hospitalar, independente da enfermidade que tenha provocado a sua internação.

Segundo Pereira et al (2005) a grande maioria das infecções hospitalares são causadas por um desequilíbrio da relação existente entre a microbiota humana normal e os mecanismos de defesa do hospedeiro, podendo ocorrer devido à própria patologia de base do paciente, os vários procedimentos invasivos, como também o uso frequente de antibióticos que podem alterar a população microbiana.

GRÁFICO 1 – Possíveis fatores de risco presentes na UTI que podem favorecer a infecção hospitalar, segundo a opinião da equipe de enfermagem.



* Alguns profissionais da equipe apontaram mais de um fator de risco.

Os resultados do Gráfico 1 mostram a opinião da equipe de enfermagem sobre os possíveis fatores de riscos presentes na UTI que podem favorecer a infecção hospitalar onde observou-se diversas respostas, porém as mais citadas foram dadas por 21 (29%) dos participantes que disseram que o principal fator de risco é a infecção cruzada, e outros 19 (26%) dos participantes enfatizaram que o fator mais preocupante em relação ao risco de infecção se dá pelo uso frequente de procedimentos invasivos na UTI.

Fatores de risco são indicadores de risco, não precisam necessariamente ser a causa da infecção, preceder a infecção e tampouco determiná-la (TURRINI, 2000).

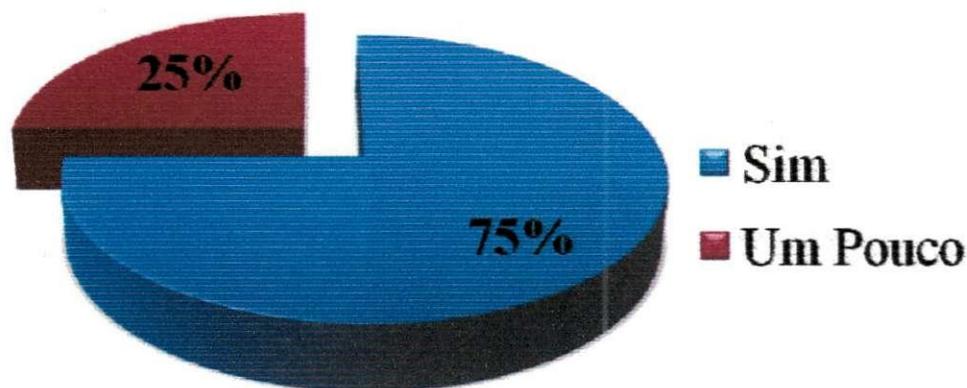
Os índices de infecção hospitalar tendem a serem maiores em UTIs, devido à gravidade das doenças de base, as infecções cruzadas, aos diversos procedimentos invasivos, ao longo período de internação e aos fatores intrínsecos dos pacientes, que os tornam mais susceptíveis à aquisição de infecções (VENTURI, 2009).

Com isso, esta pesquisa nos mostrou que os participantes demonstram conhecer a dimensão das consequências dos fatores de risco na UTI, principalmente no que diz respeito à

infecção cruzada que foi o que mais abrangeu respostas, sendo a infecção cruzada a transferência de microorganismo de uma pessoa para outra pessoa e com isso resultando uma infecção; como também as consequências dos procedimentos invasivos, tão inevitável e fundamental para a assistência a um paciente crítico, mas que em contrapartida representa grande fonte de disseminação de microorganismos.

A infecção cruzada entre os pacientes cateterizados é um importante modo de disseminação de infecção, podendo ocorrer esta contaminação principalmente através da mão do pessoal da equipe de saúde e também pelo uso de material contaminado (LENZ, 1994).

GRÁFICO 2 – Distribuição dos conhecimentos dos profissionais sobre CVD.



O Gráfico 2 mostra que a maioria dos profissionais referiu se sentir informado sobre o CVD, onde 18 (75%) dos participantes afirmaram isso, e 06 (25%) relataram se sentir um pouco informado.

O cateterismo vesical de demora é um procedimento realizado rotineiramente na UTI e, por se tratar de uma técnica bastante invasiva, faz-se necessário que os profissionais que realizam estes procedimentos detenham o conhecimento acerca das técnicas corretas e o rigoroso controle de prevenção das infecções.

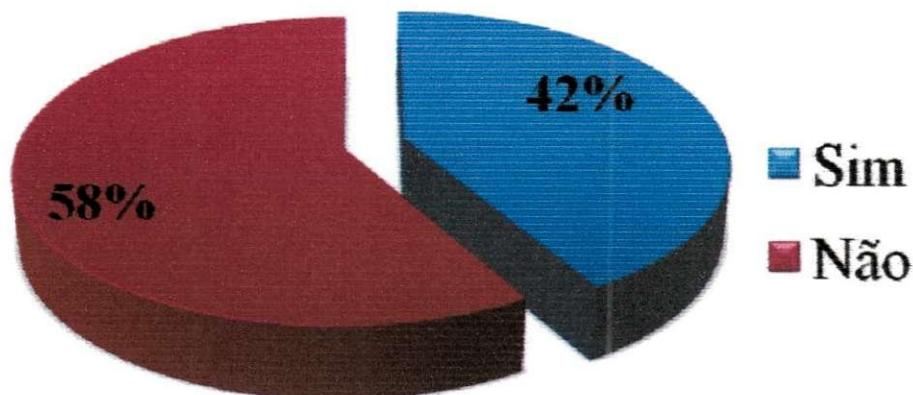
A sondagem vesical deve ser executada por um profissional graduado, enfermeiro ou médico, realizando o procedimento através de técnicas padronizadas. No entanto, a execução correta não garante por si só o sucesso da sondagem, podendo, em muitos casos, ocasionar trauma uretral.

Como afirma Turrini (2000), a falta de conhecimento acerca dos procedimentos invasivos na área de saúde é fator agravante à aquisição de infecções hospitalares.

Segundo Souza et al. (2007) é de suma importância a verificação dos conhecimentos dos profissionais de saúde que manuseiam e realizam a instrumentação do trato urinário,

sendo esta uma etapa fundamental para as instituições que contribuem para aderir às medidas recomendadas para o controle de infecções.

GRÁFICO 3 – Participação em cursos de treinamento sobre infecção hospitalar que abordasse os cuidados relacionados ao CVD.

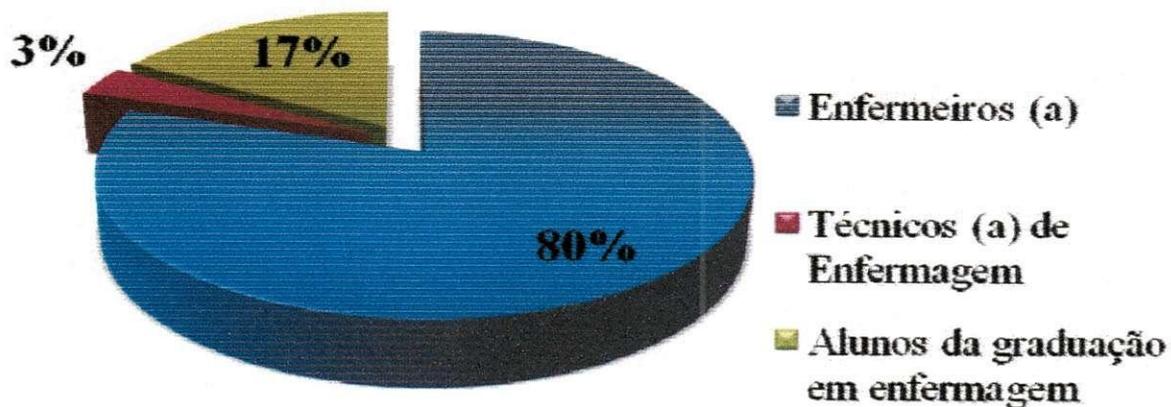


Neste quesito, 10 (42%) profissionais, afirmaram que participaram de algum curso de treinamento sobre infecção hospitalar abordando os cuidados necessários com o CVD e 14 (58%) ressaltaram nunca ter participado de algum curso de treinamento sobre este tema. Muitos dos pacientes internados no ambiente hospitalar são pacientes graves e que necessitam de assistência contínua, com eminência de possíveis situações de emergência a todo tempo, os profissionais devem estar sendo capacitados constantemente para que possa garantir a qualidade do seu trabalho, principalmente no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos, oferecendo assim segurança a ponto de ter menor risco possível de erros, minimizando assim, possíveis complicações que podem levar ao paciente a piora de seu quadro clínico ou até a óbito.

Segundo Lima et al. (2007) em hospitais as infecções estão quase sempre associadas ao cateterismo vesical, sendo que aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados têm necessidade de instrumentação no trato urinário. Visto que 40% de todas as infecções hospitalares são urinárias, o cateterismo deve ser evitado, e quando necessário, a cateterização intermitente deve ser preferida.

Por isso se faz importante que os profissionais de enfermagem se capacitem, para que os mesmos sejam capazes de diminuir os riscos de infecção hospitalar e ocasionar um bom andamento das situações na qual frequentemente são expostos, podendo refletir na qualidade da assistência e consequentemente no paciente.

GRÁFICO 4 – Quem realiza o procedimento de cateterização vesical de demora nos pacientes na UTI



* Alguns profissionais da equipe apontaram mais de uma alternativa.

Em relação a quem realiza o procedimento de cateterismo vesical no paciente, foi observado que 24 (80%) das pessoas entrevistadas afirmaram que este procedimento era realizado por enfermeiros das unidades, 05 (17%) realizados por alunos da graduação em enfermagem e apenas 01 (3%) por técnicos de enfermagem. Os profissionais de saúde citados na pesquisa (enfermeiros e técnicos de enfermagem) cuidam dos pacientes críticos na UTI, onde a maioria se encontram com CVD. A inserção do mesmo é um procedimento prioritário do enfermeiro, estando ele mais habilitado, de acordo com as leis de exercício profissionais, a executarem o procedimento de sondagem e aos que ainda estão aprendendo, como os alunos de graduação em enfermagem, necessitam de supervisão de um docente de enfermagem ou de um profissional que trabalhe no setor.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da categoria, nº 7.498/86 do Artigo 11 (Conselho Federal de Enfermagem, 1986, p.2), o procedimento da cateterização vesical de demora é atribuição do enfermeiro, estando legalmente regularizado, sendo como atividade privativa do enfermeiro:

§ 11 “Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida.”

§ 12 “Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.”

Corroborando com isso Souza et al (2007) acrescenta que o enfermeiro é o profissional que mais desempenha o procedimento de sondagem vesical, sendo, portanto o principal responsável pela manutenção adequada do sistema de drenagem urinária no uso deste dispositivo.

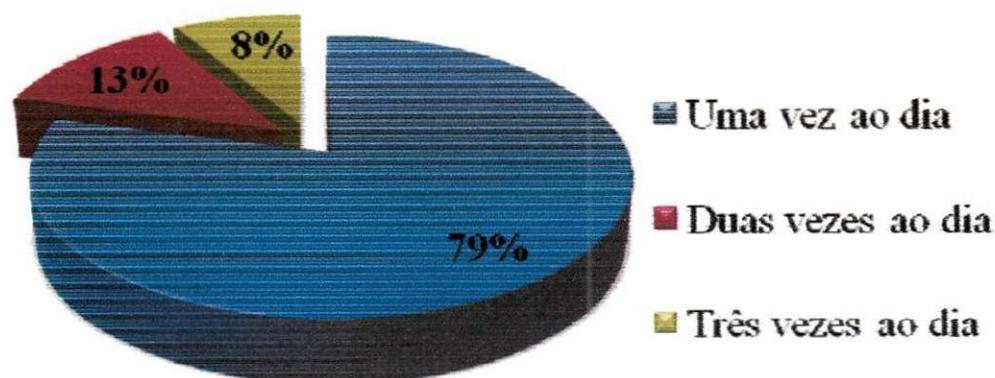
Quando perguntados sobre a realização da higienização das mãos, na inserção do cateter vesical de demora 24 dos entrevistados (100%) responderam que a higienização das mãos deve ser realizada antes e após a inserção do CVD. Sabemos que calçar as luvas não substitui o ato da lavagem das mãos, pelo contrário, antes e após o seu uso, as mãos devem ser lavadas. A lavagem das mãos antes e após a manipulação dos cateteres deve ser uma prática imprescindível, sendo a equipe de saúde responsável na execução dessa ação, devendo incorporar em sua prática diária e se conscientizar da importância de uma medida tão simples, mas completamente eficaz.

Souza et al. (2007) enfatiza que a lavagem das mãos é uma ação fácil e de baixo custo, que vale muito para as instituições, mas muitas das vezes sua adesão é um grande desafio na prática diária dos profissionais de saúde. É a mais simples e importante medida de prevenção de infecção nosocomial, e sendo feita adequadamente, remove os microorganismos transitórios adquiridos no contato do paciente.

Na ausência da lavagem das mãos, ou na realização inadequada da mesma, o profissional de saúde pode proporcionar um intercâmbio com o paciente ou entre pacientes diferentes, formando-se uma cadeia de infecção onde o mais suscetível ou mais imunocomprometido sai prejudicado (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

As infecções nos serviços de saúde ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais, podendo ocasionar sofrimentos e gastos excessivos para o sistema de saúde. O controle dessas infecções, incluindo as práticas de higienização das mãos trás melhorias na qualidade do atendimento e assistência ao paciente, reduzindo a morbidade e mortalidade dos doentes e até a diminuição de custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos (BRASIL, 2007).

GRÁFICO 5 – Distribuição da frequência que deve ser realizada a higienização do meato uretral.



No que diz respeito à frequência em que deve ser realizada a higienização do meato uretral, o Gráfico 5 mostra que 19 (79%) dos entrevistados disseram que essa higienização é realizada uma vez ao dia, 03 (13%) participantes responderam duas vezes ao dia e 02 (8%) três vezes ao dia. A higienização do meato deve ser realizada previamente tanto na inserção quanto na manipulação pela remoção da sujidade presente no genital, principalmente na troca de fraldas.

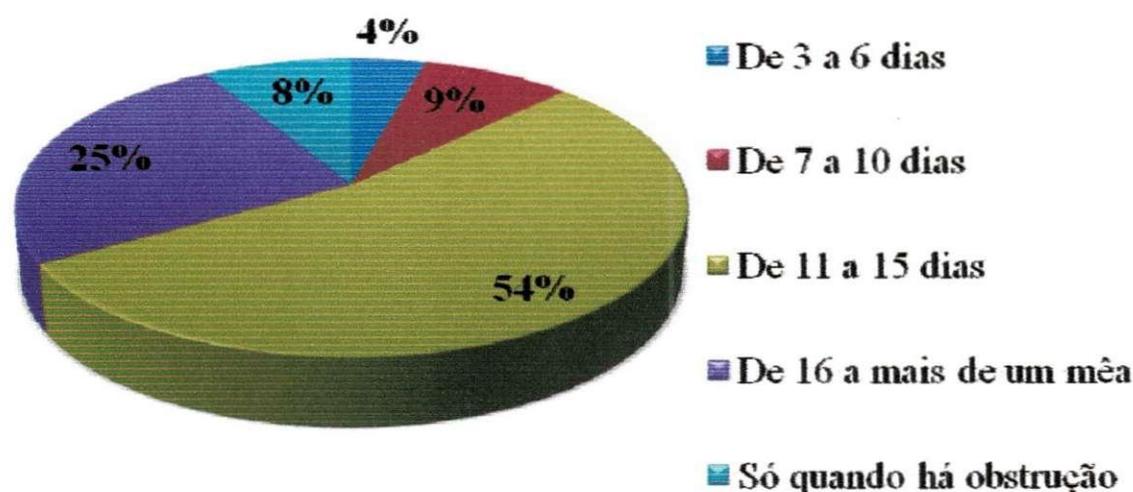
Para realização da higienização do meato uretral durante o banho, na troca de fraldas ou quando for necessário, deve-se usar água e sabão ou um antisséptico degermante.

Homenko; Lelis e Cury (2003) em seu estudo posicionam a higienização do meato como uma importante ação a ser executada sempre que for necessária, com água e sabão neutro ou segundo uma rotina da instituição, na prevenção de ITU com o uso do CVD.

Para que ocorra uma maior adesão às recomendações institucionais no sentido de minimizar os riscos de infecções é necessário que haja uma frequente capacitação dos recursos humanos quanto às técnicas de assepsia e aos cuidados na higienização do meato uretral (SOUZA et al, 2007).

De acordo com Vieira (2009) uma das estratégias para prevenção da ITU relacionada ao cateterismo vesical é a realização da higienização do meato uretral com água e sabão no mínimo duas vezes ao dia.

GRÁFICO 6 – Distribuição segundo o tempo de troca do CVD.



Em relação ao tempo de troca do cateter vesical de demora houve várias respostas, a grande maioria, 13 (54%) dos participantes disseram que a troca ideal era de 11 a 15 dias e 06 (25%) dos participantes responderam que a troca deveria acontecer de 16 a mais de 1 mês.

Mostrando que não existe um protocolo firmado de troca do CVD na UTI do serviço pesquisado.

Conforme Fernandes e Barata (2008) a presença da sonda vesical no paciente expressa a probabilidade de infecção hospitalar, com risco de bacteriúria de até 5% por dia de sondagem.

Entretanto Stamm et al. (2006) afirma que a duração da cateterização é o mais importante fator de risco para a aquisição de ITU, mostrando que os riscos para o desenvolvimento de ITU aumentam em 2,5% para cada um dia de cateterização, 10% para 2 a 3 dias, 12,2% para 4 a 5 dias, podendo atingir até 26,9% em uma duração com o cateter maior que 6 dias, encontrando uma média de 7 dias de duração de cateterização em pacientes infectados e 3,5 dias naqueles pacientes que não apresentaram infecção.

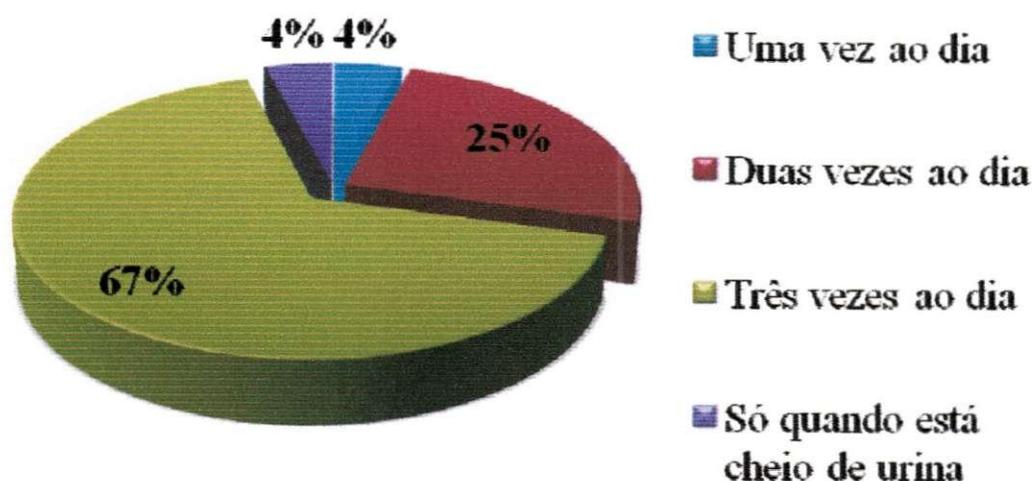
Hinrichsen et al. (2009) relatam em seu estudo que as taxas de infecção variam em torno de 8% após única cateterização breve e aumenta de 5% a 8% a cada dia durante o período de cateterização, sendo um fator importante para aquisição de infecção urinária o tempo em que o cateter permanece introduzido na uretra.

Diante dos dados proporcionados, observamos a necessidade de estabelecer critérios para a indicação da cateterização vesical, como também medidas para reduzir ao máximo a inserção do CVD, resultando em sua retirada o mais precoce possível, sabendo que quanto maior o tempo de permanência, maior a necessidade de intervenções do sistema na rotina diária e a possibilidade de ocorrências iatrogênicas crescem no mesmo sentido.

Não há um período pré-estabelecido para a troca do CVD e não se recomenda sua troca em intervalos fixos, porém em algumas situações, a troca de todo o sistema é recomendada, sendo ideal que se faça uma avaliação constante de sua necessidade, a fim de detectar sinais que indique sua troca, como: obstrução do cateter ou tubo coletor, a violação ou contaminação do sistema por técnica inapropriada na instalação ou manuseio, desconexão acidental do cateter com o tubo coletor, o mau funcionamento do cateter, formação de resíduos, e quando ocorrer febre de origem desconhecida (MOCHIZUKI; COSTA; VASCONCELOS, 2010; SOUZA et al, 2007).

Concordando com isso Lenz (2006) também ressalta que não existe uma norma rígida quanto ao tempo de permanência do mesmo cateter. Se o fluxo urinário é normal e o coletor funciona corretamente, não há necessidade de substituição do cateter. De um modo geral, recomenda-se a mudança do cateter em cada 10 a 15 dias, naqueles pacientes previstos para terem um tempo muito prolongado de permanência do cateter.

GRÁFICO 7 – Distribuição sobre quantas vezes ao dia deve ser esvaziados o coletor de urina.



Os resultados do Gráfico 7 questiona sobre o esvaziamento do coletor de urina e também nos mostra a diversidade de resposta, a grande maioria, 16 (67%) dos participantes disseram três vezes ao dia e 06 (25%) dos participantes mencionaram que a troca deveria ser feita duas vezes ao dia.

Conforme Fernandes e Barata (2008) o esvaziamento regular do sistema coletor mantém o fluxo urinário e previne o refluxo da urina. Corroborando com isso, Souza et al., (2007) aconselham que a urina deve ser descartada antes de ocupar 2/3 da capacidade da bolsa coletora. Além disso, enfatizam alguns cuidados que devem ser adotados durante o esvaziamento do sistema coletor, como a higienização das mãos antes e após o procedimento, usar luvas de procedimentos e descartar a urina em recipientes limpos e individualizados (FERNANDES; BARATA, 2008; SOUZA et al, 2007). Outros autores afirmam que a bolsa coletora de urina deve ser esvaziada a cada 8 horas ou quando o volume urinário alcançar 2/3 da mesma (MOCHIZUKI; COSTA; VASCONCELOS, 2010).

Concordando com os autores supra-citados, Fernandes e Barata (2008) e Souza et al. (2007) recomendam manter o coletor de urina abaixo do nível da bexiga e afastado do chão, e assim ser clampeado quando for necessária a elevação do sistema coletor para a movimentação e manipulação do paciente, evitando o refluxo para dentro do trato urinário.

É importante manter os cuidados com o cateter vesical para a prevenção de infecções, como também realizar os cuidados com o sistema de drenagem, mantendo o mesmo longe do chão e realizando o esvaziamento da bolsa, não permitindo o acúmulo de urina no tubo coletor, que deve estar a uma altura superior à bolsa coletora, abaixo do nível da bexiga.

GRÁFICO 8 – Demonstração dos aspectos considerados importantes para a ocorrência de infecção hospitalar em relação ao CVD.



* Alguns dos profissionais da equipe apontaram mais de uma alternativa.

Quando os profissionais de enfermagem foram questionados sobre os aspectos que consideravam mais importantes para a ocorrência de infecção hospitalar relacionada ao CVD, 22 (31%) dos entrevistados responderam que a duração da cateterização tinha uma grande influência, outros 18 (26%) participantes consideravam que erros na manipulação do cateter colaboravam para aumentar os índices de infecção, 06 (9%) relataram que a gravidade da patologia de base do paciente agravava o quadro de sondagem, 21 (30%) consideraram que a contaminação na hora de inserir o cateter era um fator relevante e 03 (4%) afirmaram que a idade avançada do paciente é um aspecto importante para que ocorra infecção.

A incidência de infecção hospitalar relacionado à cateterização vesical tem relação direta com a duração da cateterização. Entre os pacientes hospitalizados, mais de 10% são expostos provisoriamente ao CVD, sendo este fator mais importante que predispõe esses pacientes à infecção (STAMM; COUTINHO, 1999).

A duração da cateterização foi considerada como o mais importante risco de infecção, pois estudos demonstram que pacientes cateterizados por tempo superior a sete dias, tinham casos de infecções (91,7%). A prevalência de infecção aumenta proporcionalmente com o tempo de cateterismo, tornando-se praticamente total em torno de trinta dias, mesmo o paciente usando o sistema fechado (PEDROSA; COUTO, 2002).

Além do tempo de cateterização, também existe outros fatores predisponentes como, os procedimentos de cateterização, obstrução do trato urinário, idade avançada do paciente,

gravidade na doença de base, gravidez, diabetes melitos, sistema de drenagem aberto, traumas renais, defeitos anatômicos, estado nutricional. Outros fatores de riscos que podem ser lembrados são aqueles relacionados aos materiais hospitalares, que podem estar contaminados, sujos, acondicionados e guardados inadequadamente e esterilizados inadequadamente (HEILBERG; SCHOR, 2003).

De acordo com dados obtidos e confrontados com a literatura, verifica-se que não há divergência quanto ao risco de se adquirir IH relacionado principalmente ao método e duração da cateterização. Por isso a prevenção é a melhor medida e inclui inserção estéril e cuidados com o cateter, quando possível realizar a remoção rápida e uso de drenagem fechada abaixo do nível da bexiga.

GRÁFICO 9 – Demonstração das medidas utilizadas pelos enfermeiros para prevenir a infecção hospitalar através do CVD.



* Alguns dos profissionais apontaram mais de uma medida utilizada.

Em relação às medidas utilizadas para prevenir a infecção urinária, verificamos que 16 (27%) dos entrevistados, responderam que limitam a utilização do cateter, 11 (19%) enfatizam a manutenção do sistema de drenagem fechado, 20 (34%) entrevistados acreditam que a melhor forma de prevenir é através do treinamento dos profissionais quanto às técnicas assépticas de inserção e manutenção dos cateteres e 12 (20%) participantes da pesquisa responderam que deve-se fazer a avaliação constante do cateter.

No sistema de drenagem fechado a ocorrência de infecções, nos primeiros 10 dias varia em média de 2% a 16%, para estes pacientes, após 30 dias o risco pode chegar a quase 100%. Enquanto que nos casos de sistema de drenagem aberto, praticamente 100% dos pacientes apresentam infecção já no quarto dia de cateterismo (SILVA; FONSECA, 2006).

Em relação às medidas de limitação do uso do cateter, de acordo com a literatura, evitar o uso desnecessário do cateter vesical é uma das medidas preventivas mais simples e eficaz. Outras medidas preventivas importantes são a escolha da sonda de menor calibre para cada paciente, como também ter cuidado ao introduzir a sonda sem traumatizar a uretra, realizar assepsia correta para que não haja contaminação, não quebrar o sistema de drenagem fechado, realizar a drenagem da urina na bolsa coletora e sempre realizar a lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento com a sonda (PEDROSA; COUTO, 2002).

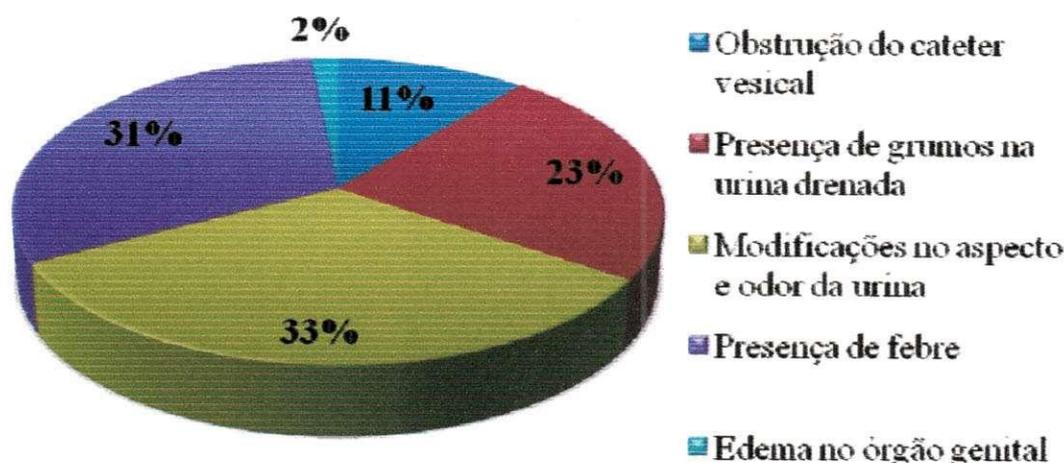
Em se tratando de IH podemos destacar a importância de treinamentos e capacitações para toda a equipe de enfermagem, uma vez que pode ser considerada previsível desde que se garanta a adequação de todo procedimento de sondagem vesical, incluindo desde a inserção perdurando enquanto seu uso, com todas as manipulações necessárias ao sistema de drenagem urinário.

Para Vieira (2009) através do treinamento da equipe de enfermagem os mesmos recebem capacitação para executarem as técnicas de cateterismo vesical de forma asséptica, educando-os quanto à lavagem das mãos, sendo estes os principais responsáveis pelas infecções cruzadas e pelos surtos das infecções hospitalares. Cabe ao enfermeiro debater com os médicos os critérios de indicação de cateterismo vesical, tanto a sua necessidade como o tempo de permanência, pois quanto maior o tempo de duração, maiores são as chances de ocorrer infecções.

Percebemos que as infecções hospitalares estão vinculadas à qualidade do cuidado prestado, podendo ser prevenidas, controladas e avaliadas. O envolvimento dos profissionais da saúde é um dos fatores mais adequados para a diminuição dos índices de infecções hospitalares, principalmente a equipe de enfermagem que permanecem a maior parte do tempo com os pacientes, executando múltiplos procedimentos em vários pacientes.

O grande desafio para a prevenção de IH com relação ao CVD se baseia nos cuidados de assepsia com o sistema de drenagem, onde a obtenção de IH está diretamente relacionada à permanência do cateter, por se tratar de um corpo estranho colocado em um meio considerado estéril, sendo uma porta de entrada constante para microorganismos. Esta contaminação pode ocorrer através da bolsa coletora, constantemente aberta para a drenagem, ou através da manutenção do meato uretral aberto (SOUZA et al., 2007).

GRÁFICO 10 – Demonstração dos sinais e sintomas que levam os profissionais de enfermagem a suspeitar de infecção hospitalar nos pacientes cateterizados.



* Alguns dos profissionais de enfermagem apontaram mais de um sinal e sintoma.

Quando os profissionais de enfermagem foram questionados sobre os sinais e sintomas que os levam a suspeitar de infecção hospitalar nos pacientes sondados, a maioria dos participantes, 21 (33%), ressaltaram que a modificação no aspecto e odor da urina drenada é sinal de infecção e 20 participantes (31%) disseram a presença de febre aponta para uma suspeita de infecção hospitalar nos pacientes.

O cateterismo vesical é um dos procedimentos mais comuns e mais utilizados em um ambiente hospitalar, mas se não for realizado com técnicas assépticas, poderá acarretar sérias complicações ao paciente. Nesse caso, a enfermagem tem um papel importantíssimo em todo processo de cateterização, desde a realização da técnica como também durante todo o tempo que o paciente estiver com a sonda vesical. Atentando para os sinais e sintomas sugestivos de infecção.

Segundo Smeltzer e Bare (2005) a presença de dor, a frequência, a urgência e a hesitação, bem como as alterações na urina, devem ser avaliadas e documentadas. Além disso, deve ser avaliado o volume, a coloração, concentração, turbidez e odor da urina, os quais, sem exceção são alterados por bactérias no trato urinário, podendo conseqüentemente levar a infecção hospitalar.

De acordo com o autor supra-citado o enfermeiro que realiza o procedimento de sondagem, tem a responsabilidade de avaliar o sistema de drenagem urinária, e identificar os sinais e sintomas de possíveis infecções hospitalares. O mesmo deve avaliar no paciente com

CVD se o sistema de drenagem tem proporcionado uma drenagem urinária satisfatória, monitorando a cor, odor e volume da urina.

Diversos sinais e sintomas estão associados à IH relacionados ao CVD. Aproximadamente metade de todos os pacientes com bacteriúria não apresentam sintomas. Através do exame físico podem ser averiguados os sinais de dor e febre. Nos pacientes com infecções complicadas, como aqueles com sondas de demora, as manifestações podem variar desde a bacteriúria assintomática até a sepse com choque. Muitos pacientes com infecções associadas à sonda mostram-se assintomáticos; contudo qualquer paciente que desenvolva subitamente sinais e sintomas de choque séptico deve ser avaliado para a urosepse (SMELTZER; BARE, 2005).

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina"
Cora Coralina

No decorrer desta pesquisa observou-se que a infecção hospitalar é um processo decorrente da assistência realizada em um serviço hospitalar, principalmente no setor da UTI, sendo seu risco diretamente proporcional a complexidade e qualidade na assistência.

As principais infecções hospitalares na UTI são aquelas relacionadas ao cateterismo vesical de demora, ocorrendo em decorrência do tempo de permanência prolongado e agravamento do quadro clínico do paciente, tornando-o susceptível as infecções. Sabe-se que os pacientes com riscos para infecções devem ser observados quanto aos sinais e sintomas, destacando-se entre as medidas profiláticas as técnicas assépticas durante a inserção, a manutenção do sistema de drenagem fechado e evitar o uso desnecessário de cateterismo vesical de demora.

Desta forma, é importante que haja uma interação entre a equipe de saúde e o paciente permitindo assim a promoção, prevenção e controle das infecções hospitalares, com a finalidade de diminuir a taxa de infecção.

Durante a elaboração desta pesquisa, foi possível perceber a relevância científica da mesma, pois através dela identificou-se os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar causados pelo cateter vesical de demora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva, que é o objetivo central do presente trabalho, com isso percebe-se que a presente pesquisa servirá de base para os todos os profissionais de enfermagem na implementação de ações de prevenção e controle de IH relacionados ao cateterismo vesical, e assim contribuindo na intervenção, promoção e prevenção destas infecções. Vale salientar que a UTI é composta por uma equipe multidisciplinar, desse modo todos que trabalham na assistência ao paciente crítico necessitam prevenir e controlar as infecções hospitalares, a exemplo da infecção do trato urinário provocado pelo CVD.

Alguns pontos se destacaram ao término desse estudo, onde pode-se observar que os profissionais de enfermagem detêm algum conhecimento sobre as infecções hospitalares causadas pelo CVD em pacientes internados na UTI. Porém infelizmente as infecções hospitalares acontecem e não é aceitável simplesmente ocultar o fato, a fim de proteger a instituição, o mais sensato e adequado é utilizar a ocorrência como um aliado na busca de soluções para prevenir e minimizar a mesma, protegendo assim o paciente e alcançando uma assistência de qualidade e humanizada.

Cabe aos profissionais de saúde realizar a sondagem vesical, principalmente em pacientes que precisam de cuidados intensivos, de forma que possa dar segurança ao paciente à melhora da sua patologia de base, minimizando os riscos do surgimento de complicações infecciosas, possíveis de serem evitadas.

Diante de tudo pode-se afirmar que todos os objetivos desta pesquisa foram alcançados, e acredita-se que a prevenção e educação permanente seja o caminho a ser trilhado e que o trabalho da equipe de enfermagem deva contar também com a ajuda de uma equipe multidisciplinar, atuando em conjunto de forma responsável e consciente em benefício do paciente, garantindo assim sua segurança e integridade.

Tendo em vista o valor da temática estudada, é importante a contribuição desta pesquisa para a melhoria da assistência prestada aos pacientes em uso de sonda vesical de demora. Desta forma, serão destacadas algumas sugestões a curto e médio prazo:

É importante a elaboração de estratégias pela instituição, com treinamento e atualizações para a equipe de enfermagem, no que se refere à prevenção de infecção hospitalar e aos cuidados com o CVD, pois muitas das vezes atitudes simples podem levar a complicações não previstas e indesejáveis para os pacientes.

Outra sugestão, é que deve-se deixar sempre os procedimentos escritos, atualizados e disponíveis em local de fácil acesso a todos os profissionais da equipe de saúde que necessitarem.

É de suma importância também a atuação constante da CCIH na UTI e que os profissionais que ali atuam trabalhem em parceria com esta comissão auxiliando no acompanhamento e na divulgação dos indicadores de procedimento de concordância médica.

Seguir o protocolo que foi instituído em 2010 na UTI do HRC referente às prevenções de infecção hospitalar, implementando as ações de cada procedimento realizado na UTI, entre eles a sondagem vesical.

Espera-se com esta pesquisa contribuir com a prática dos profissionais de enfermagem que trabalham na rede hospitalar, em especial no setor da UTI para que, de forma consciente, reflitam sobre suas ações e atitudes no contato com os pacientes cateterizados que contraíram alguma infecção hospitalar.

7- REFERÊNCIAS

Que o espírito de Deus que nos deu vida, controle também a nossa vida.

Gálatas 5:25

ANDRADE, M. T. S. **Guias Práticos de Enfermagem: cuidados intensivos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

APPLING, S. E. **Procedimentos em enfermagem**. Vol. 1. São Paulo: Reichmann & Autores Editores, 2005.

ASSUNÇÃO, G. P.; FERNANDES, R. A. Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise da literatura sobre a atuação do profissional de saúde. **Serviço Social em Revista**. Londrina, vol. 12, n. 2, p. 69-82, jan./jun, 2010. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/pdf/2010/78%20Humanizacao_no_atendimento_paciente_idoso.pdf>. Acesso em: 03 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em Serviço de Saúde**. Brasília, DF. 2007. 52 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf> Acesso em: 16 de setembro de 2011.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde**. Salvador, 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/microbiologia/introducao.pdf>>. Acesso em: 27 de junho de 2011.

_____, Ministério da Saúde. **A pesquisa na área da saúde**. 3. ed. Brasília, 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção ao Paciente Crítico**. In: Consulta Pública nº 3 de 07 de julho de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.htm>>. Acesso em: 9 de maio de 2011.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616**, de 12 de maio de 1998a. Regulamenta as ações de controle de infecção hospital no país.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432**, de 12 de agosto de 1998b. Estabelece Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI.

CARVALHO, D. C.; KALINKE, L. P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. **Boletim de Enfermagem**, Curitiba, vol. 1, p. 82 – 95, 2008. Disponível em: <http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art7Perfildoenfermeiro.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2011.

CARVALHO, E. S.; MARQUES, S. R. Infecção hospitalar em pediatria. **Jornal de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Vol. 75, Supl.1, 1999.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86**. Brasília, 25 de junho de 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 29 de setembro de 2011.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. **Infecção Hospitalar: epidemiologia, controle e tratamento**. 3 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ESPERIDIÃO, E.; MUNAN, D.B.; STACCIARINI, J.M.R.; Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 10, n. 4, p. 516-22, julho/agosto, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000400008&script=sci_arttext> . Acesso em: 15 de agosto de 2011.

FERNANDES, A. T.; BARATA, L. C. B. **Medicina baseada em evidências e controle de infecção hospitalar**. 2008. Disponível em: <<http://www.ccih.med.br/mbe1.html>>. Acesso em 20 de setembro de 2011.

FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V., RIBEIRO FILHO, N. **Infecção Hospitalar e Suas Interfaces na Área de Saúde**. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRARI, D. Breve história da unidade de terapia intensiva. **Revista intensiva**, Barueri-SP, ano 1, n. 1, p. 6, junho/julho. 2005.

FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 4 ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2009.

GARANHANI, M. L.; et al. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Ribeirão Preto, vol. 4, n. 2, 2008. Disponível em:

<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S180669762008000200007&scrip=sci_arttext>. Acesso em: 10 de maio de 2011.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2 ed. São Paulo: EPU, 1988.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 42, n. 2, p. 355-362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a19.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2011.

HEERDT, M. L.; LEONEL, V. **Metodologia da Pesquisa**. 5 ed. Rev. Palhoça: UnisulVirtual, 2007.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – Itu. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, vol. 49, n. 1, p. 109-116, janeiro/março, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100043&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

HINRICHSEN, S. C. A.; et al. Fatores associados à bacteriúria após sondagem vesical na cirurgia ginecológica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, vol. 55, n. 2, p. 181-187, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302009000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 de setembro de 2011.

HOMENKO, A. S.; LELIS, M. A. S.; CURY, J. Verdades de mitos no seguimento de pacientes com cateteres vesicais de demora. **Sinopse de urologia**, vol. 7, n. 2, p. 35-40, 2003.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 10, n. 3, p. 669-675, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf>>. Acesso em: 14 de maio de 2011.

LEÃO, R. N. Q. de.; et al. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Enfoque Amazônico**. Belém: Cejup: UEPA: Instituto Evandro Chagas, 1997. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/iec/leao/leao_cap9p141-161.pdf>. Acesso em: 16 de maio de 2011.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, vol. 13, n 2, p. 145-150, março/abril, 2005.

LENZ, L. L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, vol. 35, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/361.pdf>>. Acesso em: 16 de novembro de 2011.

LENZ, L. L. Infecção urinária e cateterismo vesical. In: LENZ, L. L. **Infecção urinária**, 2ª edição. São Paulo: BYK, 1994. cap. 12, p. 132-148.

LIMA, A. B.; ROSA, D. O. S. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 42, n. 3, p. 547-553, 2008.

LIMA, L. S. et al. Infecção do Trato Urinário em Pacientes com Sonda Vesical de Demora Internados em uma Unidade de Terapia Intensiva do Recife (PE), Brasil. **Revista Electrónica Semestral de Enfermería**, n. 11, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.um.es%2Fglobal%2Farticle%2Fdownload%2F345%2F505&ei=T->>. Acesso em: 29 de setembro de 2011.

LINO, M. M.; CALIL, A. M. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400022&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 de maio de 2011.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 41, p. 25-29, outubro 2001.

LISBOA, T; et al. Prevalência de Infecção Nosocomial em Unidades de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 19, n. 4, p. 414-420, outubro-dezembro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a02v19n4.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2011.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persiste na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v. 24, p 105-125, janeiro/junho, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2011.

MADEIRA, L. dos S. **Processo de enfermagem em UTI: implantando etapas para integralizar o sistema de assistência.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003. Disponível em: <http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1212>. Acesso em: 14 de maio de 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Metodologia Científica.** 5 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

MARQUES, S. M. A. de A. **Perspectiva de Enfermagem no controle de infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva.** Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Campina Grande – Cajazeiras, PB, 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec, 1993.

MITTELDORF, C.; RASSLAN, S.; BIROLINI, D. **Infecção & Cirurgia.** São Paulo: Atheneu, 2007.

MOCHIZUKI, L. B.; COSTA, M. R.; VASCONCELOS, S. P. S. **Rotinas para o controle de infecção do trato urinário.** Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, 2010. Disponível em: <http://www.santacasago.org.br/docs/ccih/ccih_biosseguranca_e_precaucoes.pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2011.

MOURA, M. E. B. et al. Infecção Hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, vol. 60, n. 4, p. 416-421, julho-agosto, 2007.

NISHIDE, V. M.; MALTA, M. A.; AQUINO, K. S. Aspectos organizacionais em unidade de terapia intensiva. In: CINTRA, E. A. NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

NUNES, L. V. F.; MIRANDA, L. N.; BRASILEIRO, M. E. Principais Infecções Hospitalares que se desenvolvem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e quais os procedimentos básicos para evitar sua proliferação – Revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de enfermagem,** vol. 1, nº 1, jan-jun, p. 1-13, 2010. Disponível em: <http://www.ceen.com.br/conteudo/downloads/4552_58.pdf?PHPSESSID=bb645f80f072fd1f4f23a2cffd8aab8b>. Acesso em: 7 de abril de 2011.

OLIVEIRA, O. A.; et al. Epidemiologia da infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva. **Revista Panamericana de Infectologia**. Vol. 11, n. 1, p. 32-37, 2009. Disponível em: <http://www.revista-api.com/2009/pdf/02/API_02_09_E.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2011.

OLIVEIRA, R. de; MARUYAMA, S. A. T. Controle de infecção hospitalar: histórico e papel do estado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 10, n. 3, p. 775-783, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a23.pdf>>. Acesso em: 06 de abril de 2011.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa: Abordagem Teórico Prática**. 10 ed. Papiris. Campinas, 2004

PAULINO, I. **Manual de enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Ícone, 2000.

PEDROSA, T. M. G.; COUTO, R. C. **Enciclopédia da Saúde: Infecção Hospitalar 1**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002, p. 103-108.

PENHA, R. M. **A Expressão da Dimensão Espiritual no Cuidado de Enfermagem em UTI**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. 176 f. Disponível em: <http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/Ramon_Penha.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2011.

PEREIRA, M. S.; et al. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Vol. 14, n. 2, Abril-junho, p. 250-257, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a13v14n2.pdf>>. Acesso em: 7 de abril de 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SALICIO, D. M. B. S; GAIVA M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 8, n. 3, p.370-376, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acesso em: 14 de maio de 2011.

SALOMÃO, R.; PIGNATARI, A. C. C. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar de Infectologia**. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina. 1ed. Barueri, SP: Manole, 2004.

SANTOS, A. A. M. dos S.; et al. Diagnóstico do controle da infecção hospitalar no Brasil. **Programa de Pesquisas Hospitalares Em Busca de Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil**, 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/Infectes%20Hospitalares_diagnostico.pdf>. Acesso em: 07 de abril de 2011.

SANTOS, S. F. dos. **Avaliação da Demanda Ergonômica e o Absenteísmo em Unidade de Terapia Intensiva**: Estudo de caso. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004. 147 f. Disponível em: <<http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/SueliFerreiraDosSantos.pdf>>. Acesso em: 08 de abril de 2011.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 148-155, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a06.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2011.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3 ed. Florianópolis: Revisada e Atualizada: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, J. C. **Humanização da assistência**: percepção dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva de um hospital público de cajazeiras. Cajazeiras 2009. 45 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso – TCC) FSM.

SILVA, L. D. **Cuidados ao paciente crítico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2003.

SILVA, S. B. R.; FONSECA, J. F. A. da. Manual de Medidas de Prevenção das Principais Infecções Hospitalares. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. **Hospital Geral Universitário**, p. 26, 2006. Disponível em: <http://www.unic.br/hgu/p_hgu/ccih/Medidas%20de%20prevencao%20das%20principais%20OIH.pdf>. Acesso em: 21 de setembro de 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed., Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, A. C. S.; et al. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, vol. 9, n. 3, p. 724-735, julho/setembro 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a12.pdf>>. Acesso em: 16 de agosto de 2011.

SOUZA, A. C. S.; et al.; Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção individual: a contribuição das instituições formadoras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 10, n. 2, p. 428-437, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a14.pdf>>. Acesso em: 14 de maio de 2011.

SOUZA, A. M.; ROCHA, R. F.; GABARDO, M. C. L. O Papel do Gestor no Controle de Infecção Hospitalar. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, vol. 2, n. 1, p. 39-60, 2011. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%204%20Artigo%204.pdf>>. Acesso em: 04 de junho de 2011.

SOUZA, C. J. de. **Manual de Rotina em Enfermagem Intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Cultura Médica, 2010.

SOUZA, V. H. S. de; MOZACHI, N. **O Hospital**: manual do ambiente hospitalar. 9 ed. Curitiba: Editora Manual Real, 2007.

STAMM, A. M. N. de F.; COUTINHO, M.S.S. DE A. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, vol. 45, n. 1, p. 27-33, janeiro/março, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301999000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 de setembro de 2011.

STAMM, A. M. N. de F.; et al. Cateterização Vesical e Infecção do Trato Urinário: estudo de 1.092 casos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, vol. 35, n. 2, p 72-77, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/372.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2011.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. SAE. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Número de horas de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, nº 03, p. 371-377, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/05.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2011.

TIMBY, B. K. **Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TURRINI, R. N. T. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 2, p. 174-84, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a07.pdf>>. Acesso em: 22 de abril de 2011.

_____. Programa de Controle de Infecção Hospitalar: problemas na implementação em hospitais do Município de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. V. 17, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_3/pdf/art10.pdf>. Acesso em 21 de abril de 2011.

VENTURI, K. K. **Qualidade do Cuidado em UTI: Relação entre e Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem e Eventos Adversos**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oKriscieVenturi.pdf>>. Acesso em: 29 de setembro de 2011.

VIEIRA, F. A. **Ações de enfermagem para prevenção de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora**. 2009. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/632-Einstein%20v7n3p372-5_port.pdf>. Acesso em 06 de maio de 2011.

APÊNDICE

“Todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus”
Romanos 8:28

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados

1. Dados de identificação pessoal

- Iniciais _____
- Sexo: Fem. () Masc. ()
- Idade: _____
- Tempo de Trabalho na UTI: menos de 6 meses () 6 meses () 1 ano a 2 anos ()
2 ano ou mais ()
- Identificação Profissional: Enfermeiro () Técnico de Enfermagem ()

2. O que você entende por infecção hospitalar?

3. Na sua opinião os possíveis fatores de risco presentes na UTI que podem desenvolver a infecção hospitalar são:

- () Doença de base do paciente
- () Uso frequente de procedimento invasivos
- () Infecção cruzada
- () Uso de materiais esterilizados inadequadamente
- () Através do profissional
- () Outros Quais? _____

4. Quanto aos conhecimentos sobre o Cateter Vesical de Demora (CVD), sente-se informado?

Sim () Não () Um pouco ()

5. Já participou de algum curso de treinamento sobre infecção hospitalar que abordou os cuidados necessários com o CVD?

Sim () Não ()

Se sim há quanto tempo: _____

6. Quem realiza o procedimento de cateterização vesical de demora nos pacientes?

() Enfermeiros

- Técnicos de enfermagem
- Qualquer pessoa que saiba passar o cateter
- Alunos de graduação em enfermagem
- Outros Quem? _____

7. Na inserção do CVD quando é realizada a higienização das mãos?

	Quando me lembro sim	Sempre	Não precisa porque uso luvas
Antes da inserção			
Após a inserção			

8. Com que frequência é realizada a higienização do meato uretral?

- Uma vez ao dia Duas vezes ao dia Três vezes ao dia
- Nenhuma vez ao dia

9. O Cateter vesical de Demora é trocado em quanto tempo?

- Menos de 3 dias De 3 a 6 dias De 7 a 10 dias De 11 a 15 dias
- De 16 dias a mais de 1 mês Só quando há obstrução

10. Quantas vezes ao dia são esvaziados o coletor de urina?

- Uma vez ao dia Duas vezes ao dia Três vezes ao dia ou mais
- Nenhuma vez ao dia Só quando está cheio de urina

11. Quais os aspectos você considera mais importante para que ocorra a infecção hospitalar em relação ao CVD?

- Duração da cateterização
- Erros na manipulação do cateter
- Gravidade na patologia de base do paciente
- Contaminação na hora de inserir o cateter
- Idade avançada do paciente
- Outros Quais? _____

12. Quais as medidas usadas para a prevenção da infecção hospitalar em relação ao CVD?

- Limitação do uso do cateter vesical de demora
- Manutenção do sistema de drenagem fechado
- Treinamento dos profissionais quanto às técnicas assépticas de inserção e manutenção dos cateteres
- Avaliação constante da necessidade de manutenção do cateter
- Outras Quais? _____

13. Quais os sinais e sintomas os levam a suspeitar de infecções hospitalares nos pacientes cateterizados?

- () Obstrução do cateter vesical
- () Presença de grumos na urina drenada
- () Modificações no aspecto e odor na urina drenada
- () Presença de febre
- () Outros - Quais? _____

ANEXOS

“Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.”

Florence Nighthingale

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Esta pesquisa intitulada “**Conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre os riscos de Infecção Hospitalar através do Cateter Vesical de Demora**” está sendo desenvolvida por **Isaiane de Sousa Gabriel**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Prof^a Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro. Objetiva-se com esta pesquisa: investigar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar causados pelo cateter vesical de demora (CVD) em pacientes internados na UTI, como também os conhecimentos dos mesmos sobre os sinais e sintomas que os levam a suspeitar de infecção, investigar as rotinas de troca e manutenção do CVD e averiguar quais os cuidados realizados para prevenir as infecções.

O estudo será de fundamental relevância para os profissionais de enfermagem, pois a partir dos resultados se espera que se multipliquem os conhecimentos adquiridos a cerca da temática exposta para os mesmos. Além disso, espera-se que este trabalho sirva de base para a implementação de ações de prevenção e controle da infecção hospitalar relacionada ao cateter vesical de demora, mostrando a importância da intervenção da enfermagem de modo a contribuir para a discussão na promoção e prevenção das infecções hospitalares implementadas pelos profissionais de enfermagem nas UTI.

Para viabilizar a investigação proposta, solicito sua permissão para participar desta pesquisa. Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa. Solicito também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e suspender a autorização da coleta de dados, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos. Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sala 327, 3º andar, Prédio de Administração da Reitoria da UEPB, fone: (83) 3315- 3373 e com a professora orientadora Maria Berenice Gomes, através do telefone (83) 8897-2909.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto/ou autorizar que seja realizada a coleta de dados. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

Cajazeiras - PB, em _____ de _____ de 2011.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

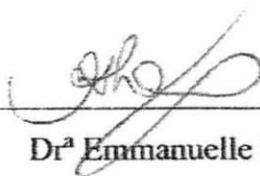
Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO B

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
CNPJ 08 778 268/0020-23
Emmanuelle Lira Cariry
Diretora Geral
Mat 168 933-8



Dr^a Emmanuelle Lira Cariry

Diretora Geral do Hospital Regional de Cajazeiras

ANEXO C
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP - UEPB

PROJETO: CAAE N ° 0388 .0.133.000-11,

PARECER

APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE OS RISCOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR ATRAVÉS DO CATETER VESICAL DE DEMORA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.^a Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PESQUISADOR: MARIA BERENICE GOMES DO NASCIMENTO PINHEIRO

PARECER: O PROJETO DE PESQUISA em análise tem o objetivo de investigar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre os riscos de infecção hospitalar causados pelo cateterismo vesical de demora em pacientes internados na UTI. Considerando a relevância do estudo aliado às exigências protocolo do CEP/UEPB baseado na Res. N° 196/96 do CNS/MS o presente estudo atende prerrogativas da citada Resolução. Apresento Parecer Aprovado.

Campina Grande, 23 de agosto de 2011.

PARECERISTA 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.^a Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa