

**Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Cateterismo
Vesical:
Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial**

Monografia de Final de Licenciatura



Elaborado por:

Ana Lino n.º 200691162

Filipa Garção n.º 200691314

Professora Orientadora:

Maria João Fernandes

Barcarena

Dezembro 2009

Universidade Atlântica
Licenciatura em Enfermagem

**Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Cateterismo
Vesical:
Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial**

Monografia de Final de Licenciatura

Monografia elaborada para obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por:

Ana Lino n.º 200691162

Filipa Garção n.º 200691314

Professora Orientadora:

Maria João Fernandes

Barcarena

Dezembro 2009

“Faz tudo como se alguém te contemplasse”

(Epicuro)

As autoras são as únicas responsáveis pelas ideias expressas no presente estudo

Agradecimentos

Terminar qualquer trabalho é geralmente bastante gratificante. Atingir os objectivos a que nos propusemos durante tanto tempo cria uma agradável sensação de “missão cumprida”.

Esta monografia constituiu mais uma etapa do nosso percurso académico. Aqui chegámos graças ao nosso esforço e mérito tendo sido importante, nesta última etapa diversos contributos que não podemos deixar de realçar. Por isso gostaríamos de expressar o nosso mais sincero agradecimento a todos os que nos apoiaram, comentaram ou criticaram.

Desta forma é justo mencionar em forma de homenagem todos aqueles que de alguma forma nos ajudaram, tornando possível a realização deste trabalho.

À Universidade Atlântica, que mediou a aprendizagem através do curso ofertado e ao corpo Docente do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pela disponibilidade e atenção.

À Professora Orientadora Maria João Fernandes, pela disponibilidade, paciência e preocupação revelada ao longo desta etapa, pelas críticas e sugestões relevantes realizadas durante a orientação, que nos obrigaram a reflectir mais profundamente sobre determinados aspectos, que tanto contribuíram para a realização deste estudo de investigação. Também pela partilha da sua experiência como investigadora que nos ajudou e inspirou. Obrigada pelo trabalho de orientação que norteou todo o processo de elaboração deste trabalho académico.

Agradecemos ao Professor João Fernandes, Director de Enfermagem do Hospital de São Francisco de Xavier integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, pela permissão que deu à realização deste estudo e por nos ter ajudado a entrar em contacto com o Gabinete de Infecção do mesmo Centro Hospitalar.

Às Enf.^{as} Célia Osana e Mavilde Vieira, Chefes de Enfermagem do Serviço de Medicina 3 e 4, respectivamente, pela compreensão, disponibilidade e apoio prestado, e a toda a Equipa de Enfermagem destes Serviços, pela sua imprescindível colaboração

conferida à etapa de recolha de dados.

À Enf.^a Graça Nascimento que nos interligou à Enf.^a Monteiro, do Hospital Fernando Fonseca, a qual nos forneceu importante colaboração quanto à bibliografia relevante relacionada com o tema do presente trabalho.

Aos colegas da Licenciatura pela notável relação pessoal que criámos e que esperamos que não se perca. Em especial ao Tiago, ao André e à Sónia por todos os bons momentos que passámos, pelo apoio nos momentos menos bons, e pela sua amizade. E à Rita, pela sua amizade, boa disposição, opiniões, críticas, apoio incondicional e desabafos partilhados, ao longo destes anos e principalmente nesta etapa, obrigada!

Agradecimentos Ana Lino

Aos pais, mana e cunhado pelo estímulo e apoio incondicional desde a primeira hora, pela paciência e grande amizade com que sempre me ouviram e pela sensatez com que sempre me ajudaram. Por compreenderem as minhas ausências e o mau humor! Conseguiram sempre incentivar-me e dar-me ânimo nos momentos em que mais precisei. Obrigada pela excitação e orgulho com que sempre reagiram aos meus resultados académicos!

Em especial à mãe por estares sempre comigo! À mana pelo seu carinho, incentivo e preocupação. E, que mesmo tendo pavor de tudo o que é relacionado com hospitais se mostrou disponível para a leitura do presente trabalho. Foste essencial!

Às minhas duas aboborinhas pela ternura sempre manifestadas apesar do “débito” de atenção. Espero que o entusiasmo, seriedade e empenho que ponho no trabalho lhes possa servir de estímulo para fazerem sempre “mais e melhor”.

À minha Alegria, pela sua paciência e por me compreender tão bem e gostar de mim exactamente da maneira como eu sou... a tua ajuda foi fundamental! Obrigada por me aturares nos momentos mais cinzentos e por me fazeres tão feliz. Deste-me sem dúvida, força e coragem para chegar até aqui! *“You make it easier when life gets hard!”*

À Pipa, a verdadeira responsável por este trabalho ver a luz do dia. Obrigada por teres tanta paciência, por cuidares da minha integridade mental e porque sem ti este trabalho de final de curso tinha sido bem mais difícil e não tão divertido. Sem dúvida, complementamo-nos!

Ao meu Sandokan que me faz lembrar sempre que todos os sonhos se podem tornar realidade!

Espero que este trabalho de investigação seja um pequeno mas válido contributo numa área da saúde muito importante. Mais uma vez se aplica... *“o homem sonha, a obra nasce.”* (Fernando Pessoa)

Agradecimentos Filipa Salema Garção

Aos meus pais e irmãos! A toda a minha família! Tudo o que sou hoje é graças à educação que me deram e às múltiplas oportunidades que me proporcionaram. Obrigada por toda a paciência e sensatez com que me “aturaram” ao longo deste período! Obrigada por todos os conselhos que me dão e pela amizade que temos!

Ao António, pelas horas que não passámos. Pelos contínuos “não posso” que “ouvei”! Sem ele teria sido impossível manter a “sanidade mental”. Pelo equilíbrio que me dás, obrigada!

À Lu, a minha companheira! De curso, dos estágios, de mesa, de grupo, de monografia, de pagode, e muito mais! Houve alturas em que já não nos podíamos ver uma à outra, mas se cheguei onde estou hoje (ao longo destes anos) foi muito graças a ti, à nossa amizade, à tua persistência, ao nosso esforço, às trocas de apontamentos, às horas a fio ao telefone a estudar, às nossas idas ao starbucks, à praia para descomprimir. Por tudo isto MaryLu, muito obrigada! Sem ti tudo isto teria sido bem mais difícil!

Ao meu gang, as minhas amigas, pelos inúmeros programas que organizavam e eu disse que “não”. Pela paciência quando desabafava. Por todo o divertimento e toda a alegria que sempre que estamos juntas passamos! E acima de tudo pela amizade que nos une (“I’ve got all my sisters with me”)! Obrigada!

Resumo

Cuidados de Enfermagem ao Cliente Submetido a Cateterismo Vesical: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial

O problema do presente estudo de investigação reside no desvio entre a prática observada e a técnica ministrada em aulas teóricas e teórico-práticas e pelos dados de infecção nosocomial do tracto urinário relacionada com a cateterização serem elevados.

Norteadas pela **pergunta de investigação**: Quais são os cuidados de Enfermagem na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial, realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4 do Hospital de São Francisco Xavier?, e pelo **objectivo geral**: Conhecer os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial, enveredamos pelo paradigma quantitativo, utilizando o estudo descritivo simples.

As autoras propuseram-se estudar a população acessível, constituída por todos os Enfermeiros prestadores de cuidados dos serviços de Medicina 3 e 4 do Hospital São Francisco Xavier. Contudo, apenas foi possível estudar uma amostra não probabilística de 35 Enfermeiros.

A recolha de dados foi efectuada através de um questionário. Os dados foram tratados através da estatística descritiva, com recurso a programas informáticos.

Da análise emergiram como principais resultados:

A maioria dos Enfermeiros tem idade compreendida entre os 21 e 30 anos, é do género feminino, possuiu Licenciatura e exerce a profissão há menos de 2 anos.

Existem Enfermeiros que não cumprem algumas das Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Vesical, sendo que 31,4% destes referiram ter obtido formação específica sobre as mesmas.

Palavras-chave: Cateter vesical, Infecção Nosocomial, Cuidados de Enfermagem,
Manipulação do Cateter Vesical

Abstract

Nursing Customer Care for Vesical Catheterization Undergo: Measures for Prevention of Nosocomial Infection

This research study is based on the interest of exploring a current issue and a need felt over the Teachings of Clinical Degree in Nursing. The problem is that the practice followed for care in handling the bladder catheter is sometimes not consistent with the technique taught in lectures and problem-solving and data of nosocomial urinary tract related to catheterization were high.

Guided by the **research question**: What are the nursing care in handling the bladder catheter, such as the prevention of nosocomial infections, carried out by nurses of the Medical Services 3 and 4 Hospital of St. Francis Xavier ", and the **general objective**: Know the care provided by nurses of the Medical Services 3 and 4, the Hospital of St. Francis Xavier, in handling bladder catheter, such as the prevention of nosocomial infection, travel through quantitative paradigm, using simple descriptive study.

The authors set out to study the accessible population, consisting of all nursing care providers of medical services 3 and 4 of São Francisco Xavier Hospital. However, it was only possible to study a sample of this population, which is composed of 35 nurses.

Data collection was conducted through a questionnaire. The collected data were statistically treated by descriptive statistics methods, using computer based software.

After completion of data analysis, the following conclusions are the most significant ones:

The majority of the nurses is aged between 21 and 30 years old, is the feminine gender, has a degree and worke for less than 2 years.

There are nurses who do not meet some of the Recommendations for the Prevention of Infection Associated with Vesical Catheterization, is that 31,4% of them refer specifically been trained on that.

Keywords: Urinary catheter, Nosocomial infection, Nursing Care, Handling Catheter
Bladder

Resumen

Atención de Enfermería al Cliente Sometido a un Cateterismo Vesical: Medidas para la Prevención de la Infecciones Nosocomiales

Este estudio de investigación se basa en el interés en la exploración de un tema de actualidad y en la necesidad sentida en las enseñanzas de la Licenciatura en Enfermería Clínica. El problema es que la práctica seguida por el cuidado en el manejo de la sonda vesical a veces no es compatible con la técnica de enseñar en las clases y los datos de las vías urinarias nosocomiales relacionadas con el cateterismo son elevados.

Los autores eligieron una metodología para el paradigma cuantitativo, mediante estudio descriptivo simple, que tiene como objetivo familiarizarse con la atención recibida por los enfermeros, un servicio médico, la manipulación de los catéteres permanentes, tales como la prevención de la infección nosocomial.

Guiadas por la **pregunta de investigación**: ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en el manejo de la sonda vesical, como prevención de las infecciones nosocomiales, llevada a cabo por los enfermeros de los Servicios Médicos 3 y 4 del Hospital de San Francisco Javier ", y el **objetivo general**: Conocer los cuidados prestados por los enfermeros de los Servicios Médicos 3 y 4, el Hospital de San Francisco Xavier, en el manejo de la sonda vesical, como prevención de la infección nosocomial, se utilizó el paradigma cuantitativo, mediante estudio descriptivo simple.

Las autores se propusieron a estudiar la población accesible, integrada por todos los proveedores de cuidados de enfermería de los servicios médicos 3 y 4 del Hospital de São Francisco Xavier. Sin embargo, sólo fue posible estudiar una muestra de esta población, compuesta por 35 enfermeras.

La recopilación de datos se realizó mediante un cuestionario. Los datos obtenidos fueron tratados estadísticamente por estadística descriptiva, recorriendo a programas informáticos adecuados.

Se enumeran a continuación las conclusiones consideradas las más importantes, resultantes del análisis de los datos:

La mayoría de los enfermeros tienen entre 21 y 30 años, son del género femenino, son licenciados en enfermería y trabajan hace menos de 2 años.

Hay enfermeros que no cumplen con algunas de las Recomendaciones para la Prevención de Infecciones Asociadas con el Cateterismo Vesical, es que 31,4% de ellos declararon estar específicamente entrenada en ellos.

Palabras clave: Catéter Urinario, Infección Nosocomial, Cuidados de Enfermería, Manejo de sonda vesical

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	vii
Abstract	ix
Resumen.....	xi
Índice	xiii
Índice de Quadros	xviii
Índice de Gráficos	xxii
Lista de abreviaturas e siglas	xxv
Introdução	1
1.Revisão da Literatura	7
1.1. Aparelho Urinário	7
1.1.1. Anatomia e Histologia	7
1.1.2. Produção da Urina	8
1.1.3. Reflexo de Micção	9
1.2. Infecção.....	9
1.2.1. Cadeia de Infecção.....	9
1.2.2. Infecção Nosocomial	10
1.2.3. Infecção do Tracto Urinário.....	10
1.3. Cateterização Vesical.....	11

1.4. Cuidados de Enfermagem na Manipulação do Cateter Vesical.....	12
1.4.1. Recomendações para a Prevenção da Infecção do Tracto Urinário Associada à Cateterização Vesical	13
1.4.1.1. Inserção do Cateter Vesical	13
1.4.1.2. Manutenção do Sistema de Drenagem.....	16
1.4.1.3. Remoção do Cateter Vesical.....	20
2. Decisões Metodológicas	21
2.1. Paradigma e Tipo de Estudo	21
2.2. População alvo, Amostra, Processo Utilizado para a sua Selecção.....	22
2.3. Variáveis	23
2.4. Recolha de Dados	25
2.5. Pré-teste	26
2.6. Tratamento e Análise dos Dados	27
2.7. Considerações Éticas.....	27
3. Resultados.....	31
3.1. Variáveis de Atributo.....	31
3.1.1. Idade.....	31
3.1.2. Género.....	32
3.1.3. Habilitações académicas	33
3.1.4. Tempo de exercício na profissão	34
3.1.5. Tempo de exercício profissional no serviço	36

3.1.6. Formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical	36
3.1.7. Local da formação	37
3.1.8. Existência de protocolo no serviço para a cateterização vesical	38
3.2. Variável de Investigação.....	38
3.2.1. Dimensão – Inserção do Cateter Vesical	38
3.2.1.1. Lavagem das mãos aquando da inserção do cateter vesical	38
3.2.1.2. Produtos utilizados na lavagem e desinfeção das mãos.....	40
3.2.1.3. Existência de <i>kits</i> no serviço para a cateterização vesical	41
3.2.1.4. Selecção do cateter vesical	42
3.2.1.5. Preferência relativamente ao calibre do cateter vesical	43
3.2.1.6. Frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical	44
3.2.1.7. Realização dos cuidados de higiene à área genital	45
3.2.1.8. Barreiras de protecção utilizadas no momento da inserção do cateter vesical	46
3.2.1.9. Soluto utilizado para a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter vesical	47
3.2.1.10. Soluto utilizado para dilatar o balão	48
3.2.1.11 Volume de soluto utilizado para dilatar o balão	49
3.2.1.12. Local de fixação do cateter vesical	50
3.2.1.13. Registos nas Notas de Enfermagem aquando da inserção do cateter vesical	52
3.2.2. Dimensão – Manutenção do Sistema de Drenagem	53

3.2.2.1. Lavagem das mãos na manipulação do sistema de drenagem	53
3.2.2.2. Tipo de luvas utilizadas na manipulação do sistema de drenagem.....	54
3.2.2.3. Limpeza do sistema de drenagem	55
3.2.2.4. Procedimento perante a desconexão do sistema de drenagem	56
3.2.2.5. Utilização de suporte para colocação do saco colector de urina.....	57
3.2.2.6. Prevenção do refluxo de urina para a bexiga	58
3.2.2.7. Momento da realização da técnica de irrigação	59
3.2.2.8. Realização da técnica de irrigação	60
3.2.2.9. Quem efectua o despejo do saco de drenagem	61
3.2.2.10. Momento do despejo do saco de drenagem	62
3.2.2.11. Recipiente para o despejo do saco de drenagem.....	63
3.2.2.12. Barreiras de protecção utilizadas para o despejo do saco de drenagem	64
3.2.2.13. Momento da substituição do saco de drenagem	65
3.2.2.14. Colheita de urina asséptica	66
3.2.3. Dimensão – Remoção do Cateter Vesical.....	67
3.2.3.1. Cuidados com as mãos antes da remoção do cateter vesical	67
3.2.3.2. Cuidado de higiene que realiza ao meato urinário antes da remoção do cateter vesical.....	68
3.2.3.3. Cuidado de higiene que realiza ao meato urinário após da remoção do cateter vesical.....	69

3.2.3.4. Registos nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical	70
4. Conclusão.....	73
5. Implicações e Limitações.....	79
6. Sugestões	81
7. Referências Bibliográficas	83
8. Apêndices.....	87

Apêndice I - Cronograma

Apêndice II – Carta a Solicitar a Autorização

Apêndice III – Carta de Autorização

Apêndice IV – Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento

Apêndice V – Declaração do Consentimento Informado

Apêndice VI – Instrumento de Recolha de Dados - Questionário

Apêndice VII – Folheto Informativo

Índice de Quadros

Quadro 1 - Indicadores da Dimensão – Inserção do Cateter Vesical	24
Quadro 2 - Indicadores da Dimensão - Manutenção do Sistema de Drenagem	24
Quadro 3 - Indicadores da Dimensão - Remoção do Cateter Vesical	24
Quadro 4 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à idade.....	32
Quadro 5 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao género	33
Quadro 6 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às habilitações académicas	34
Quadro 7- Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício na profissão ...	35
Quadro 8 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício no serviço	36
Quadro 9 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical	37
Quadro 10 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao local de formação.....	37
Quadro 11 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de protocolo no serviço para a cateterização vesical	38
Quadro 12 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da inserção do cateter vesical	39
Quadro 13 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos produtos que utilizam para a lavagem e desinfeção das mãos	40
Quadro 14 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de <i>kits</i> no serviço para a cateterização vesical	41
Quadro 15 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao modo como seleccionam o cateter vesical	42

Quadro 16 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à preferência relativamente ao calibre do cateter vesical.....	43
Quadro 17 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical	44
Quadro 18 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização dos cuidados de higiene à área genital.....	46
Quadro 19 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à utilização de barreiras de protecção no momento da inserção do cateter vesical	47
Quadro 20 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter vesical	48
Quadro 21 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para dilatar o balão	49
Quadro 22 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao volume de soluto utilizado para dilatar o balão.....	50
Quadro 23 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao local de fixação do cateter vesical	51
Quadro 24 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem aquando da inserção do cateter vesical	52
Quadro 25 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos na manipulação do sistema de drenagem.....	54
Quadro 26 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tipo de luvas utilizadas na manipulação do sistema de drenagem	55
Quadro 27 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à limpeza do sistema de drenagem .	56
Quadro 28 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao procedimento perante a desconexão do sistema de drenagem	57

Quadro 29 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à utilização de suporte para colocação do saco colector de urina	58
Quadro 30 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à prevenção do refluxo de urina para a bexiga	59
Quadro 31 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da realização da técnica de irrigação	60
Quadro 32 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização da técnica de irrigação	61
Quadro 33 - Distribuição dos Enfermeiros quanto a quem efectua o despejo do saco de drenagem.....	62
Quadro 34 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento do despejo do saco de drenagem.....	63
Quadro 35 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao recipiente utilizado para o despejo do saco de drenagem.....	64
Quadro 36 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às barreiras de protecção utilizadas para o despejo do saco de drenagem.....	65
Quadro 37 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da substituição do saco de drenagem	66
Quadro 38 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à colheita de urina asséptica	67
Quadro 39 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos cuidados com as mãos antes da remoção do cateter vesical	68
Quadro 40 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao cuidado de higiene ao meato urinário antes da remoção do cateter vesical	69
Quadro 41 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao cuidado de higiene ao meato urinário após a remoção do cateter vesical	70

Quadro 42 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical	71
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à idade	32
Gráfico 2 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao género	33
Gráfico 3 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às habilitações académicas	34
Gráfico 4 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício na profissão ..	35
Gráfico 5 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício no serviço	36
Gráfico 6 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical	37
Gráfico 7 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de protocolo no serviço para a cateterização vesical	38
Gráfico 8 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da inserção do cateter vesical	40
Gráfico 9 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos produtos que utilizam para a lavagem e desinfeção das mãos	41
Gráfico 10 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de <i>kits</i> no serviço para a cateterização vesical	41
Gráfico 11 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao modo como seleccionam o cateter vesical	43
Gráfico 12 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à preferência relativamente ao calibre do cateter vesical	44
Gráfico 13 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical	45
Gráfico 14 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização dos cuidados de higiene à área genital	46

Gráfico 15 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à utilização de barreiras de protecção no momento da inserção do cateter vesical	47
Gráfico 16 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter	48
Gráfico 17 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para dilar o balão	49
Gráfico 18 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao volume de soluto utilizado para dilatar o balão.....	50
Gráfico 19 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao local de fixação do cateter vesical	51
Gráfico 20 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem aquando da inserção do cateter vesical	53
Gráfico 21 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos na manipulação do sistema de drenagem.....	54
Gráfico 22 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tipo de luvas utilizadas na manipulação do sistema de drenagem	55
Gráfico 23 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à limpeza do sistema de drenagem .	56
Gráfico 24 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao procedimento perante a desconexão do sistema de drenagem	57
Gráfico 25 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à prevenção do refluxo de urina para a bexiga	59
Gráfico 26 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da realização da técnica de irrigação	60
Gráfico 27 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização da técnica de irrigação	61

Gráfico 28 - Distribuição dos Enfermeiros quanto a quem efectua o despejo do saco de drenagem.....	62
Gráfico 29 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento do despejo do saco de drenagem.....	63
Gráfico 30 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao recipiente utilizado para o despejo do saco de drenagem.....	64
Gráfico 31 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às barreiras de protecção utilizadas para o despejo do saco de drenagem.....	65
Gráfico 32 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da substituição do saco de drenagem.....	66
Gráfico 33 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à colheita de urina asséptica.....	67
Gráfico 34 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos cuidados com as mãos antes da remoção do cateter vesical.....	68
Gráfico 35 - Distribuição dos Enfermeiros quanto as cuidado de higiene ao meato urinário antes da remoção do cateter vesical.....	69
Gráfico 36 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao cuidado de higiene ao meato urinário após a remoção do cateter vesical.....	70
Gráfico 37 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical.....	72

Lista de abreviaturas e siglas

<i>Centers for Disease Control</i>	CDC
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	CHLO
Charrier	Ch
Hospital de São Francisco Xavier	HSFX
Infecção do Tracto Urinário	ITU
Infecção Nosocomial	IN
Infecções do Tracto Urinário	ITU's
Mililitros	ml
<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>	SPSS
Unidades de Cuidados Intensivos	UCI's

Introdução

No âmbito do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica, foi proposta a realização de um estudo de investigação científico em Enfermagem – Monografia.

Deste modo houve que reflectir na prática de Enfermagem, com a finalidade de encontrar uma área pertinente de estudo que suscitasse o interesse das autoras e promovesse o desenvolvimento de competências na área de investigação.

De acordo com Fortin (2003) o objecto de investigação na ciência da enfermagem contempla o estudo de fenómenos presentes no domínio do cuidado, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos e contribuindo para o estabelecimento de uma base científica orientadora da *praxis*.

Para a elaboração do presente trabalho de investigação, as autoras escolheram como tema os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cateterismo vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

O tema de estudo é um elemento de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a realizar uma investigação, tendo em vista ampliar os seus conhecimentos (Fortin, 2009).

O interesse por esta temática surgiu no âmbito dos Ensinos Clínicos de Saúde do Adulto – Especialidades Médicas e Cirúrgicas e suscitou especial atenção pois a cateterização vesical é uma prática frequente na profissão de enfermagem e uma das principais causas de infecção urinária, em ambiente hospitalar.

Centradas na protecção do cliente hospitalizado e submetido a cateterismo vesical, as autoras focaram-se nos cuidados a ter com o cateter vesical no meio hospitalar e, como tal será, usado ao longo do trabalho o conceito de infecção nosocomial.

Apesar da presente temática já ter várias abordagens, as autoras consideraram relevante realizar um estudo nesta área, pois os dados epidemiológicos continuam a ser alarmantes. De entre as infecções nosocomiais a infecção do tracto urinário (ITU) associada à cateterização vesical é a mais frequente e representa cerca de 40% do total

das infecções hospitalares (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). A maioria destas infecções, cerca de 80%, surge após manipulações do aparelho urinário, especialmente cateterizações vesicais (Lo, E. *et al.*, 2008).

Segundo Oliveira, Castro e Barbosa (2006) as infecções adquiridas após a admissão no hospital são consideradas infecções nosocomiais, também denominadas por infecções hospitalares. Estas infecções podem-se manifestar durante o internamento, ou após a alta, desde que estejam relacionadas com o internamento ou com procedimentos realizados no hospital. A Organização Mundial da Saúde (2002) reconheceu a infecção nosocomial (IN) como uma preocupação mundial devido ao seu impacto negativo nos clientes, nos profissionais de saúde e nas instituições de saúde. Afirma também, que estas infecções contribuem para a morte e incapacidade dos clientes, promovem resistência aos antibióticos e geram custos adicionais ao hospital, cliente/família.

De forma a tornar o trabalho metódico, as autoras seguiram as 4 fases do processo de investigação descritas por Fortin (2009), são elas: a Fase Conceptual, a Fase Metodológica, a Fase Empírica e a Fase de Interpretação e de Difusão.

A **Fase Conceptual** consiste na documentação do tema em estudo. Nesta fase as autoras escolheram o tema e o problema de investigação, realizaram uma revisão pertinente da literatura existente sobre a temática, elaboraram um quadro de referência e enunciaram a questão de investigação e os objectivos.

A investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática que causa inquietação exigindo uma melhor compreensão do fenómeno. Segundo Diers (1979), citado por Fortin (2009) um problema de investigação é uma situação que necessita de um esclarecimento ou de uma modificação.

O problema de investigação foi detectado pelas autoras nos ensinamentos clínicos, realizados ao longo do Curso de Licenciatura em Enfermagem, quando observavam diversos Enfermeiros a prestarem cuidados ao cliente submetido a cateterismo vesical. A prática observada suscitou interesse, pois os cuidados na manipulação do cateter vesical não estavam, por vezes, de acordo com a técnica ministrada em aulas teóricas e teórico-práticas. Assim sendo, o **problema de investigação** consiste nos cuidados de

enfermagem a ter com a manipulação do cateter vesical no sentido de prevenir a infecção nosocomial.

Segundo a Norma n.º II/2009 do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), embora não seja possível evitar todas as infecções do tracto urinário (ITUs) associadas à cateterização vesical, acredita-se que uma grande maioria possa ser evitada através de uma manipulação adequada do sistema

Um problema facilmente desperta questões e segundo Fortin (2009) o modo como se coloca um problema varia segundo o tipo de questão. A **questão de investigação** a que as autoras se propuseram a responder, é: Quais são os cuidados de Enfermagem na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial, realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4 do Hospital de São Francisco Xavier?

O **objectivo geral** do nosso estudo é:

- Conhecer os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

Os **objectivos específicos** do nosso estudo são:

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na inserção do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manutenção do sistema de drenagem do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na remoção do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

A escolha do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO), HSFX, deveu-se ao facto deste ser um hospital da zona de residência das autoras, o que facilitou a recolha

de dados, e também por ser um hospital com o qual a Universidade Atlântica tem um protocolo de parceria.

Por sua vez, o interesse por um Serviço de Medicina surgiu pelo facto deste ser um serviço onde as autoras já realizaram ensino clínico. Emergiu também no seguimento da revisão bibliográfica onde se pôde verificar que em Portugal a prevalência de IN, por área assistencial, tem predomínio nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) (34,3%), seguido dos serviços de Medicina e Especialidades Médicas (13,5%). (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2003)

Apesar dos dados estatísticos indicarem que o número de IN é superior em UCIs, as autoras optaram por um Serviço de Medicina, pois é o segundo local com maior taxa de IN. É onde a manipulação do cateter vesical – inserção, manutenção e remoção – se efectua mais comumente pelos Enfermeiros. Quando os clientes dão entrada para uma Unidade de Cuidados Intensivos usualmente vêm transferidos de outros serviços onde já foi realizada a técnica de cateterização vesical. Por outro lado nas UCIs os clientes também apresentam uma maior susceptibilidade à infecção, o que influencia os valores de IN.

A **Fase Metodológica** consiste na planificação da investigação e é onde são definidas as estratégias para a realização empírica do estudo de investigação. Nesta fase as autoras escolheram o desenho de investigação e a população. Elaboraram os princípios de medida e os métodos de recolha e análise dos dados.

As autoras optaram por realizar um estudo de **paradigma quantitativo**. O estudo é **descritivo simples**, pois pretende-se obter mais informações sobre o domínio em estudo tendo em conta a população seleccionada.

A **população alvo** deste estudo são todos os Enfermeiros que exerçam a sua profissão num Serviço de Medicina. Como população de estudo as autoras optaram por seleccionar todos os Enfermeiros que prestem cuidados nos Serviços de Medicina 3 e 4 do HSFX.

A **Fase Empírica** corresponde à recolha dos dados no terreno, à sua organização e à sua análise estatística. (Fortin, 2009)

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário. O tratamento de dados realizou-se manual e informaticamente, utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e Microsoft Office Excel.

Por último há a **Fase de Interpretação e de Difusão**, em que se distinguem duas partes: a apresentação, a análise e a interpretação dos resultados, e a difusão dos mesmos. O investigador apresenta os dados sob a forma de quadros e figuras acompanhados de um resumo, logo que os tenha analisado. A interpretação faz ressaltar a significação dos resultados em relação ao enquadramento teórico. Na segunda etapa o investigador realiza a comunicação dos resultados, pois não tem sentido se estes não forem comunicados a outras pessoas. Para os difundir, o investigador elabora um relatório de investigação que toma a forma de uma publicação, de uma apresentação oral ou em cartaz, concebidos para diversos públicos. Informa assim, outras pessoas dos resultados da sua investigação e mostra como estes fazem progredir os conhecimentos. (Fortin, 2009)

Pretende-se que os resultados obtidos, através da realização deste trabalho, se traduzam numa base científica que sirva para guiar a prática da Enfermagem, contribuir para a credibilidade da profissão e para a afirmação e construção da Enfermagem enquanto ciência.

Este trabalho está estruturado em 8 capítulos, de forma a facilitar a sua exposição. O primeiro capítulo consiste na revisão da literatura existente sobre a temática e que visa situar o problema em estudo e conferir um suporte teórico que o sustente. Pretende-se enquadrar o problema colocado, bem como enunciar os objectivos de investigação dele decorrente. No segundo capítulo, as autoras abordam as decisões metodológicas que utilizaram para a obtenção de dados, referenciando o paradigma e tipo de estudo, bem como a sua descrição e justificação, a população, e o processo utilizado para a sua selecção, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados, o tratamento e a análise dos dados e as considerações éticas a ter em conta. Posteriormente, no terceiro capítulo, as autoras apresentam os resultados obtidos, a sua interpretação e a difusão dos mesmos. Segue-se a conclusão do presente trabalho de investigação, no quarto capítulo, as implicações e limitações que este trabalho trouxe, no quinto capítulo, e as sugestões para posteriores investigações, no sexto capítulo. Por fim, segue-se o capítulo sétimo

correspondente às referências bibliográficas, utilizadas durante o estudo, seguido dos Apêndices, que correspondem ao capítulo oitavo.

Com vista a uma melhor orientação, organização e cumprimento de prazos, as autoras seguiram um cronograma (Apêndice I), com as datas de execução das diversas etapas do trabalho de investigação. Os intervalos de tempo estão divididos por semanas. Também estão incluídos neste trabalho a carta a solicitar autorização à Direcção de Enfermagem do CHLO para a realização da recolha de dados (Apêndice II), a carta de autorização para a realização do estudo (Apêndice III), a Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento e a Declaração do Consentimento Informado dos Participantes (respectivamente Apêndices IV e V), o Instrumento de Recolha de dados - Questionário (Apêndice VI) e o folheto informativo (Apêndice VII).

Serviu de orientação ao presente trabalho o guião para a elaboração de trabalhos escritos realizados para a finalização de licenciatura, utilizado pela Universidade Atlântica e ainda as orientações preconizadas por Mário Azevedo (2006).

1. Revisão da Literatura

A revisão da literatura é considerada uma revisão crítica dos textos bibliográficos mais importantes publicados a respeito de um determinado tema (Carroll-Johnson, 1992, citado por Wood e Haber, 2001). De acordo com Bell (1997) qualquer investigação implica a leitura do que já foi escrito sobre a área de interesse do investigador e também, a recolha de informações que fundamentem ou refutem os seus argumentos e conclusões.

O principal objectivo de uma revisão da literatura é criar uma base sólida de conhecimento para realizar um estudo. Outros objectivos são, determinar o que é e o que não é conhecido sobre um determinado assunto e descobrir perguntas não respondidas sobre um tema (Wood e Haber, 2001).

1.1. Aparelho Urinário

O aparelho urinário é composto por dois rins, dois ureteres, pela bexiga e a uretra. Os ureteres transportam a urina dos rins para a bexiga, que está posicionada na linha média, e a uretra transporta a urina da bexiga para o exterior do corpo (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

1.1.1. Anatomia e Histologia

Os **Rins** são órgãos com o tamanho aproximado de um punho fechado. Cada rim tem aproximadamente 11 centímetros de comprimento e pesa cerca de 150 gramas (Thomas e Jeffrey, 2005). Estão localizados junto à parede posterior do abdómen, atrás do peritoneu, de cada lado da coluna vertebral, adjacentes aos bordos laterais dos grandes psoas. Estendem-se desde o nível da última vértebra torácica, ou dorsal, até à terceira vértebra lombar e estão parcialmente protegidos pela grelha costal. A cápsula renal é uma camada de tecido conjuntivo fibroso que reveste cada rim e que, por sua vez, é rodeada por uma densa camada de tecido adiposo, a gordura peri-renal, que os protege de choques mecânicos (Seeley, Stephens e Tate, 2005). As principais funções dos rins são eliminar do organismo os produtos do metabolismo e regular os electrólitos presentes nos fluídos corporais. Existem três parâmetros que visam a manutenção do

equilíbrio hidro-electrolítico: o volume, concentração e composição da urina (Thomas e Jeffrey, 2005).

Os **Ureteres** são tubos que transportam a urina dos rins até à bexiga. Partem do bacinete e dirigem-se para baixo e para a linha média da bexiga onde a urina é armazenada (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

A **Bexiga** é um reservatório muscular oco situado na cavidade pélvica, atrás da sínfise púbica. No homem, a bexiga é imediatamente anterior ao recto e na mulher está situada à frente da vagina e antero-inferiormente ao útero. O aumento ou a diminuição do seu volume dependem da quantidade de urina presente em cada momento (Seeley, Stephens e Tate, 2005). A bexiga funciona com um reservatório de urina, que é constantemente segregada pelos rins e transportada destes para a bexiga, em pequenas quantidades, através de ondas peristálticas, que passam pelos ureteres. A dimensão da bexiga está relacionada com a estatura da pessoa (Henderson e Nite, 1967).

A **Uretra** sai da bexiga pela sua porção antero-inferior transportando a urina para o exterior do corpo. No homem a uretra tem um comprimento aproximado de 20 centímetros e estende-se do colo da bexiga até à extremidade distal do pénis. Na mulher a uretra é mais curta que a masculina e exterioriza-se no vestíbulo, anteriormente à abertura vaginal (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

1.1.2. Produção da Urina

Os nefrónios são chamados unidades funcionais do rim, dado constituírem os componentes estruturais de menores dimensões capazes de produzir urina. A filtração, a reabsorção e a secreção são os três principais processos intervenientes na formação de urina. A filtração corresponde ao movimento de líquidos através da membrana de filtração, em resultado da diferença de pressão. Os líquidos, após a sua entrada no nefrónio denominam-se filtrado. A reabsorção é o retorno ao sangue de substâncias existentes no filtrado. A secreção corresponde ao transporte activo das substâncias para o nefrónio. A urina, produzida pelos nefrónios, é constituída pelos solutos e pela água, que foram filtrados, e pelas substâncias secretadas no nefrónio, com a excepção das que são reabsorvidas (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

1.1.3. Reflexo de Micção

O reflexo de micção é activado quando a parede vesical se encontra distendida e dá origem à micção, ou eliminação da urina contida na bexiga. A pressão na bexiga aumenta rapidamente quando o seu volume excede os 400-500 mililitros (ml) o que estimula a vontade de urinar (Seeley, Stephens e Tate, 2005). O início voluntário da micção envolve um aumento nos potenciais de acção enviados pelo cérebro para facilitar o reflexo da micção e para relaxar voluntariamente o esfíncter uretral externo. Para facilitar a micção, os músculos do abdómen contraem-se enérgica e voluntariamente o que origina um aumento na pressão abdominal e consequentemente um aumento da pressão aplicada na parede da bexiga e o reflexo de micção (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

Normalmente, a vontade de urinar resulta do estiramento da parede da bexiga, mas a irritação vesical ou uretral, por infecções bacterianas ou por outras situações, também podem desencadear a vontade de urinar, mesmo com a bexiga vazia (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

O débito urinário médio é de 1500 ml por dia, contudo os rins têm a capacidade de regular este débito, aquando da presença de condições adversas, de modo a manter um volume de fluídos corporais constante (Thomas e Jeffrey, 2005).

1.2. Infecção

A Infecção é a invasão de um hospedeiro susceptível por agentes patogénicos, ou microrganismos, resultando em doença. Os principais agentes infecciosos são as bactérias, os vírus, os fungos e os protozoários (Potter e Perry, 2006).

1.2.1. Cadeia de Infecção

O processo de desenvolvimento da infecção é cíclico, depende da presença de alguns elementos como o agente infeccioso, o reservatório, a porta de saída, o modo de transmissão, a porta de entrada e o hospedeiro susceptível. A infecção ocorre quando esta cadeia se mantém intacta, pelo que os esforços do Enfermeiro para controlar e prevenir a infecção devem visar quebrar esta cadeia (Potter e Perry, 2006).

Os agentes infecciosos que colonizam o meato urinário ou a uretra distal entram no tracto urinário por diversas portas: meato uretral e zona envolvente do cateter vesical, junção do cateter vesical com o tubo colector, local para recolha de amostras de urina, ligação ao saco colector, zona de refluxo do saco para o tubo e torneira de drenagem. Quando o sistema de drenagem está obstruído e a técnica de lavagem das mãos é inadequada, também há uma porta de entrada dos agentes (Wilson, 2003). A entrada destes agentes infecciosos podem ocorrer na altura da inserção do cateter, ou por migração para a bexiga ao longo da superfície externa do cateter ou pelo lúmen interno do mesmo e após contaminação do sistema (Norma n.º II/2009).

1.2.2. Infecção Nosocomial

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infecção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. Estas infecções são também denominadas de infecções nosocomiais, apesar desta não ser uma designação inteiramente abrangente por excluir o ambulatório (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Segundo Potter e Perry (2006, p. 78):

Quando um cliente desenvolve uma infecção que não estava presente, ou em incubação, no momento da sua admissão no hospital, diz-se que aquela é uma infecção nosocomial. A incidência de infecções nosocomiais pode ser reduzida, se o Enfermeiro observar, conscientemente, a prática de lavagem das mãos e técnicas de assepsia.

São considerados três factores de risco associados à aquisição de infecções hospitalares: os factores inerentes ao próprio cliente, os procedimentos invasivos e o ambiente hospitalar (Arantes *et al.*, 2003).

1.2.3. Infecção do Tracto Urinário

A ITU é caracterizada pela invasão de microrganismos em qualquer tecido da via urinária e está integrada nos primeiros quatro tipos de IN mais comum (Vieira e Abreu, 2007). As infecções urinárias estão muitas vezes relacionadas com a cateterização vesical (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

Os agentes mais frequentes na etiologia destas infecções são a *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterococcus*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *Serratia* e *Candida*. A maioria faz parte da flora intestinal endógena do cliente, mas também podem ser adquiridos de uma fonte exógena, por contaminação através de outros clientes, dos profissionais de saúde ou por exposição a soluções contaminadas ou equipamento não estéril (Norma n.º II/2009).

1.3. Cateterização Vesical

A cateterização vesical consiste na introdução de um tubo de borracha ou plástico através da uretra, para o interior da bexiga. O cateter permite um fluxo contínuo de urina em clientes incapazes de controlar a micção ou com obstruções. Esta técnica comporta um elevado risco de infecção e como tal é necessário primeiro ter em conta outras intervenções menos invasivas para esvaziar a bexiga (Potter e Perry, 2006).

É impossível inserir um cateter vesical sem introduzir bactérias, porque a uretra não é estéril. Por esta razão a cateterização é evitada, a não ser em casos de emergência (Henderson, Nite, 1967). A presença de um cateter vesical favorece a multiplicação anormal de bactérias na uretra (Meers, Jacobsen e McPherson, 1994).

Existem certas causas para a infecção urinária associada à cateterização vesical e ao sistema de drenagem: inadequada preparação da uretra, contaminação de alguma parte do cateter vesical, trauma da uretra devido a um cateter de grande calibre, entrada de bactérias através do contacto do cateter vesical com o meato urinário, contaminação do tubo de conexão e do cateter devido a um inapropriado método de irrigação ou desconexão e contaminação da parte distal do sistema de drenagem (Henderson e Nite, 1967). O risco de aquisição de uma infecção depende do método, da duração da cateterização vesical (segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), o risco aumenta 5% por cada dia de cateterização vesical), dos cuidados que se têm com o cateter e da susceptibilidade do hospedeiro (Norma n.º II/2009).

A cateterização vesical está indicada nos seguintes casos: obstrução do tracto urinário e retenção urinária, drenagem urinária em clientes com disfunção neurogénica da bexiga e retenção urinária em procedimentos cirúrgicos seleccionados, monitorização do débito urinário em clientes críticos e para facilitar a cicatrização de

estruturas adjacentes. Esta técnica não deverá ser utilizada para colheita de urina para exames quando os clientes podem urinar voluntariamente e por rotina em clientes incontinentes. O uso de cateter vesical deve ser limitado às necessidades clínicas que não podem ser resolvidas através de outros métodos (Norma n.º II/2009). Segundo Henderson e Nite (1967), a cateterização está ainda indicada nas seguintes situações: para obter uma colheita asséptica de urina; para determinar a capacidade da bexiga para reter urina, verificando se retém urina anormalmente ou se há uma falha dos rins na segregação de urina; para esvaziar a bexiga ou remover uma porção de urina quando ocorre retenção urinária; para prevenir a retenção voluntária ou involuntária; em situações cirúrgicas e noutras condições em que é importante manter a área genital e a área circundante limpa e seca.

A cateterização pode ser intermitente, sendo esta a preferível em casos de utilização breve. Se um cliente necessita de cateterizações frequentes é preferível a cateterização permanente (Potter e Perry, 2006). Para determinar a frequência da cateterização vesical, devem ser considerados certos factores: a descrição do cliente do seu desconforto e o seu débito urinário normal (Henderson, Nite, 1967).

A selecção do tipo de cateter depende do objectivo da cateterização (Paulino, Tareco e Rojão, 1999).

1.4. Cuidados de Enfermagem na Manipulação do Cateter Vesical

A cateterização vesical é uma das técnicas que os profissionais de enfermagem executam com regularidade. A enfermagem foi desenvolvendo e adoptando técnicas e conhecimentos próprios que permitem obter o sucesso em cateterizações e gerir com eficácia muitas das complicações associadas a esta prática (Pinto e Pinto, 2004).

De acordo com Wilson (2003) devem ser adoptadas, pelos Enfermeiros, práticas de prevenção de infecção, baseadas na evidência científica, desde a inserção do cateter vesical até à forma de manipular o sistema de drenagem e aos cuidados a ter com o meato urinário. Os Enfermeiros devem ainda ter em consideração os recursos materiais utilizados. Segundo Frederico e Leitão (1999), deve-se ter a garantia que os recursos materiais necessários à prestação de cuidados, são utilizados correctamente e para o fim a que se destinam.

A inserção e manipulação do cateter e sistema de drenagem deve ser apenas realizado por profissionais com formação adequada (Norma n.º II/2009).

1.4.1. Recomendações para a Prevenção da Infecção do Tracto Urinário Associada à Cateterização Vesical

Para a elaboração do presente trabalho, as autoras utilizaram as recomendações para a prevenção da ITU no cliente com cateter vesical enunciadas pela Comissão de Controlo de Infecção do CHLO e que têm como base as orientações do *Centers for Disease Control* (CDC). Confrontaram estes documentos com as recomendações para a prevenção da ITU elaboradas pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Para fundamentar algumas ideias propostas nestas recomendações, as autoras utilizaram outras referências bibliográficas.

São abordados 3 níveis de intervenção relacionados com a manipulação do cateter vesical: a inserção, a manutenção do sistema de drenagem e a remoção.

1.4.1.1. Inserção do Cateter Vesical

Antes de proceder à execução da técnica deve-se confirmar o objectivo da cateterização vesical de modo a seleccionar correctamente o material (Paulino, Tareco e Rojão, 1999).

O Enfermeiro deve adoptar um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril sem receio de contaminação (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). Deve ainda assegurar a existência de equipamento em quantidade suficiente, incluindo um par de luvas estéreis extra e campos grandes, resistentes e estéreis, sendo isto particularmente importante se o profissional estiver a trabalhar sozinho. A necessidade de um assistente será determinada pelas necessidades clínicas e físicas do cliente. O uso de *kits* de cateterização específicos pode facilitar a manutenção de esterilidade durante a inserção (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

O cateter vesical deve ser seleccionado de acordo com a avaliação clínica do cliente e com a duração prevista da cateterização. Na escolha do cateter é necessário questionar previamente os clientes sobre possíveis alergias (látex, iodopovidona, adesivo, lubrificante) (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). O calibre do cateter

depende do objectivo da cateterização vesical e das características do cliente. Devem-se utilizar cateteres de menor calibre, que permitam uma drenagem adequada, de forma a minimizar o risco de traumatismo da uretra. São aconselhados os seguintes calibres: nos homens, 16 Charrier (Ch), 18 Ch, 20 Ch ou 22 Ch; nas mulheres, 14 Ch, 16 Ch ou 18 Ch (Paulino, Tareco e Rojão, 1999).

Existem cateteres vesicais de 1, 2 e 3 vias. O cateter vesical de látex é utilizado em cateterizações temporárias (até 10 dias) e tem um potencial alérgico acrescido. É utilizado para esvaziamento por retenção urinária, para avaliação do volume residual de urina, controlo do débito urinário, prevenção de reestenose, como exame auxiliar de diagnóstico e para irrigação. O cateter vesical de silicone é utilizado em cateterizações permanentes (4 semanas a 6 meses), para controlo do débito urinário e prevenção de reestenose. O cateter vesical em teflon pode permanecer de 4 a 6 semanas. É utilizado em cateterizações intermitentes ou em manobras especiais. Os cateteres vesicais com ponta angulada são usados em casos de estenose uretral e durante a sua inserção existe mais risco de traumatismo local. O cateter vesical hematúrico (de 3 vias) apresenta uma ponta biselada e uma estrutura armada que permite a aspiração e a passagem de coágulos sem colapsar, permite o esvaziamento por retenção urinário e a avaliação do volume residual (Paulino, Tareco e Rojão, 1999).

Caso seja previsível uma irrigação contínua ou intermitente do cateter deve-se seleccionar um de 3 vias e é aconselhável a utilização de um cateter de calibre mais pequeno, para não traumatizar a mucosa da bexiga e da uretra e que permita uma boa drenagem (Norma n.º II/2009).

A inserção do cateter vesical deve ser efectuada com técnica asséptica e o equipamento tem de ser estéril (Norma n.º II/2009).

A lavagem das mãos é essencial para a prevenção da IN. Esta deve ser efectuada antes e após a introdução do cateter (Norma n.º II/2009). A lavagem das mãos com água e sabão remove a maior parte dos microrganismos e outras matérias orgânicas, as quais constituem uma fonte de nutrientes para os microrganismos (Pina, ano desconhecido). Segundo as recomendações do CDC (1985), citado por Bolick *et al* (2000), o sabão comum e a água devem ser usados para lavar as mãos.

Deve-se aplicar solução antisséptica antes e após a preparação do material (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). O agente de limpeza serve para eliminar os microorganismos das mãos, por exemplo, antes e após a manipulação de dispositivos invasivos (CDC, 1985, citado por, Bolick *et al.*, 2000). A desinfecção é um processo que destrói ou inactiva microrganismos. Os métodos utilizados podem ser físicos ou químicos (Pina, ano desconhecido).

A área genital deve ser sempre bem lavada com água e sabão antes da inserção do cateter vesical. Deve preceder ao procedimento uma lavagem e desinfecção das mãos e utilizar-se luvas limpas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004). Pratt *et al.* (2001), citado por Wilson (2003) afirma que é impossível eliminar completamente a flora do períneo antes de executar a técnica, mas o número de bactérias podem ser reduzido por meio de água, soro fisiológico ou água e sabão. Os solutos antissépticos não conferem qualquer benefício suplementar. Segundo Potter e Perry (2006), com esta lavagem procura-se reduzir os microorganismos perto do meato urinário e permitir uma melhor visualização no períneo.

Antes de proceder à inserção do cateter vesical o Enfermeiro deve realizar uma lavagem higiénica das mãos e depois calçar luvas estéreis, a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção e ainda utilizar as barreiras de protecção (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

O meato urinário deve ser limpo com solução estéril ou antisséptica. Após esta limpeza o Enfermeiro deve trocar de luvas esterilizadas. O campo esterilizado deve ser colocado e de seguida deve-se aplicar lubrificante anestésico, em embalagem de uso único e estéril, no cateter e no meato uretral. O uso de soluções antissépticas *versus* soluções salinas estéreis na limpeza do meato uretral antes da inserção do cateter, é ainda uma questão não resolvida (Norma n.º II/2009).

O cateter deve ser introduzido de uma forma suave e com movimentos rotativos (Potter e Perry, 2006).

Segundo Castle & Osterhout (1974), citado por Wilson (2003), para diminuir o risco de infecção, o cateter vesical deve ser inserido directamente na uretra, sem tocar noutras zonas do períneo, que podem estar colonizadas por bactérias.

Se o cateter vesical se contaminar durante a inserção deve ser substituído (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

O balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de água bidestilada, seguindo as instruções do fabricante do cateter vesical (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

No homem o cateter vesical deve ser fixo na parte superior da coxa ou região inferior do abdómen e na mulher, na face interna da coxa, de modo a prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra assegurando uma boa drenagem (Norma n.º II/2009). Deve manter-se uma fixação correcta do sistema de forma a permitir o fluir livre da urina, evitar traumatismos e diminuir o aporte de bactérias (Paulino, Tareco e Rojão, 1999).

Todos os procedimentos que envolvam o cateter vesical e o sistema de drenagem devem ser registados nas notas de enfermagem, devendo incluir indicações para a inserção do cateter, o nome legível do profissional que executa o procedimento, a data e hora da inserção, o tipo e o calibre do cateter vesical e o volume de água bidestilada do balão (Norma n.º II/2009).

A substituição do cateter vesical deve ser fundamentada nas necessidades clínicas de cada cliente, tendo em conta as recomendações do fabricante (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

1.4.1.2. Manutenção do Sistema de Drenagem

Os cuidados ao cliente com cateter vesical visam permitir a permeabilidade das vias urinárias e prevenir complicações (Paulino, Tareco e Rojão, 1999). O cateter deve permanecer o tempo estritamente necessário e para tal deve ser feita uma avaliação diária da necessidade clínica do cliente em manter o cateter (Norma n.º II/2009).

Deve-se realizar uma lavagem e desinfeção das mãos, imediatamente antes e após qualquer manipulação do sistema de drenagem e esta desinfeção deve ser feita com recurso a soluções antissépticas (Norma n.º II/2009). Antes da manipulação do cateter vesical está indicado usar um novo par de luvas limpas devendo-se lavar as mãos após a remoção das mesmas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

O esvaziamento da bexiga deve ser feito de forma gradual, alternando a drenagem de 100 a 300 ml com a clampagem, até ao máximo de 500 a 800 ml por hora, para prevenir traumatismo da bexiga (hematúria) e reacção vagal (Paulino, Tareco e Rojão, 1999).

É recomendável que todos os procedimentos que envolvem o cateter vesical e o sistema de drenagem sejam registados nas notas de Enfermagem (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

- Cuidados de higiene

Os clientes com cateter vesical necessitam de cuidados específicos de higiene perineal para reduzir o risco de ITU's. Quaisquer secreções ou incrustações no local de inserção do cateter têm de ser imediatamente retiradas. Os cuidados genitais e a limpeza dos primeiros 5 centímetros do cateter vesical devem ser realizados de 8 em 8 horas (Potter e Perry, 2006).

A higiene do meato deve ser efectuada com soro fisiológico em intervalos apropriados de modo a mantê-lo livre da película biológica e de contaminação (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

O adesivo que fixa o cateter deve ser substituído e devem ser retirados os resíduos de adesivo da pele. O facto do cateter vesical estar fixo impede que o mesmo seja puxado e evita a pressão do balão no pavimento da bexiga (Potter e Perry, 2006).

Deve evitar-se a manipulação do cateter vesical durante a limpeza perineal, uma vez que as ITUs resultam da entrada de bactérias entre o cateter e a parede da uretra (Paulino, Tareco e Rojão, 1999).

- Sistema de drenagem

O sistema de drenagem deve funcionar com um circuito fechado e estéril, de modo a evitar a contaminação, e deve ter um local referenciado que permita a colheita asséptica de urina. Caso ocorra quebra de técnica asséptica ou desconexão do sistema de drenagem, o mesmo deve ser substituído, com assepsia. A desconexão apenas deve ocorrer quando é indispensável fazer irrigações manuais (Norma n.º II/2009).

Com o uso dos sistemas fechados assistiu-se a uma redução significativa da entrada dos microrganismos através do lúmen interno do cateter o que teve como consequência uma redução da incidência das infecções associadas ao uso de sistemas abertos (Pestana, ano desconhecido).

Paulino, Tareco e Rojão (1999), acrescentam que a desinfecção da junção do cateter vesical com o sistema de drenagem deve ser realizada com álcool a 70%.

O saco colector de urina tem de ser estéril e possuir um sistema anti-refluxo e uma torneira transversal para esvaziamento de urina (Potter e Perry, 2006). A utilização de um saco colector graduado de urina com filtro antibacteriano e válvula anti-refluxo diminui o risco de infecção retrógrada (Paulino, Tareco e Rojão, 1999). O saco tem de se manter íntegro, sempre abaixo do nível da bexiga e colocado num suporte, que previna o contacto com o chão e a contaminação da torneira de despejo (Norma n.º II/2009). A torneira deve estar sempre clampada, excepto durante o esvaziamento (Potter e Perry, 2006).

Deve ser verificado o tubo de drenagem para garantir que este não está enrolado ou preso à roupa da cama, que não está dobrado nem clampado e que o saco colector está posicionado na estrutura da cama (Potter e Perry, 2006).

Quando não há qualquer possibilidade de manter o refluxo descendente da urina, o tubo deve ser clampado por um curto período até se restabelecer a drenagem correcta (Pratt *et al.*, 2001, citado por Wilson, 2003).

Quando o cliente pode andar, deve ser efectuado o ensino ao cliente, ou à pessoa significativa, de modo a transportar o saco abaixo do nível da bexiga. A urina no saco e no tubo é um meio propício à proliferação de bactérias e é possível desenvolver uma infecção, se a urina refluir (Potter e Perry, 2006).

- Irrigação

A irrigação é uma técnica asséptica, que deve ser evitada a não ser que haja obstrução e efectuada apenas por razões clínicas específicas, pois não previne a infecção associada à cateterização vesical. A sua realização implica desinfectar a junção do cateter com a tubuladura do sistema de drenagem antes da desconexão. Deve ser

utilizada uma seringa estéril de 50 ou 100 ml, de uso único, bem como uma solução estéril para a irrigação (Norma n.º II/2009). As irrigações são realizadas por diversas razões, para limpeza da bexiga, para prevenir a formação de depósitos de cálcio dentro e em redor do cateter e para administração de terapêutica (Hendersen e Nites, 1967). Caso a irrigação não seja eficaz, o Enfermeiro deve considerar a mudança do cateter, pois este pode ser a causa da obstrução (Norma n.º II/2009).

- Esvaziamento do saco de drenagem

O saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade, evitando o refluxo de urina. Em cada despejo, deve ser usado um recipiente limpo e individualizado, evitando o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo. Deve ser ainda evitada a contaminação do sistema e a fuga de urina durante o esvaziamento e devem ser usadas luvas “palhaço”, que devem ser mudadas entre clientes (Norma n.º II/2009). A torneira, após o despejo, deve ser limpa com celulose, toalhete descartável ou compressas, para evitar o gotejamento da urina residual para o chão. O saco de drenagem tem de ser despejado e a torneira fechada antes de o cliente tomar banho (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

- Substituição do saco de drenagem

Este saco não deve ser substituído por rotina, ou seja em períodos fixos, mas sim na altura de substituição do cateter vesical, quando estiver danificado ou com fugas, quando se verificar a acumulação de sedimento e/ou coágulos e quando se verificar cheiro desagradável ou houver desconexão acidental do saco e/ou sistema. (Norma n.º II/2009).

- Colheita de urina asséptica

As colheitas de urina asséptica são efectuadas em local próprio no tubo de drenagem ou por punção do cateter, utilizando material estéril (agulha e seringa) e técnica asséptica. Deve-se higienizar as mãos antes e após o procedimento, utilizar luvas limpas, desinfectar o local de punção, antes e após a colheita. Para colheitas de maiores volumes de urina, deve-se colher assepticamente a urina do saco de drenagem.

(Norma n.º II/2009) As autoras Paulino, Tareco e Rojão (1999) afirmam que a colheita deve ser realizada após a desinfecção com álcool a 70%, no ponto de colheita ou no saco colector, evitando a clampagem do sistema.

1.4.1.3. Remoção do Cateter Vesical

A remoção do cateter deve ser realizada o mais precocemente e requer uma técnica limpa (Potter e Perry, 2006). Deve-se lavar as mãos e aplicar solução antisséptica antes de preparar o material, lavar e desinfetar as mãos antes de calçar luvas limpas, de seguida deve-se desinsuflar o balão (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

Se o balão não estiver completamente vazio, a sua remoção pode causar traumatismo e subsequente edema do meato urinário, podendo levar à retenção urinária. A extremidade de cada cateter contém uma etiqueta que indica o volume de solução dentro do balão (Potter e Perry, 2006).

Posteriormente, deve-se limpar o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico, antes de remover o cateter vesical. O cateter vesical deve ser retirado suavemente, e após a remoção limpar novamente o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

No final é imprescindível o registo nas notas de enfermagem, da data e do motivo da remoção do cateter vesical bem como a primeira eliminação vesical pós remoção do cateter (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004).

2. Decisões Metodológicas

A fase metodológica é utilizada para a operacionalização do estudo e consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. Nesta fase as autoras seleccionaram os métodos que entenderam ser os mais adequados para dar resposta à questão de investigação, servindo de orientação para a elaboração do estudo, minorando assim possíveis desvios no decurso da realização do trabalho que permite reunir e analisar informações relevantes sobre a questão em pesquisa.

O desenho de investigação consiste no conjunto de decisões a tomar que guiam o investigador na planificação e na realização do seu estudo de modo a que os seus objectivos sejam atingidos e as suas questões respondidas (Fortin, 2009). A fase metodológica, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), tem como propósito transmitir, com precisão, o processo utilizado pelo pesquisador para dar resposta ao problema em estudo. Funciona como uma linha orientadora de toda a investigação.

Sendo o **problema de investigação** os cuidados de enfermagem a ter com a manipulação do cateter vesical no sentido de prevenir a infecção nosocomial, a **pergunta de investigação**: Quais são os cuidados de Enfermagem na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial, realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4 do Hospital de São Francisco Xavier? e o **objectivo geral**: Conhecer os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial. As autoras decidiram pela metodologia seguidamente descrita.

2.1. Paradigma e Tipo de Estudo

Perante a questão de investigação e os objectivos traçados, e dado que a situação em estudo necessita de uma melhor compreensão do fenómeno, as autoras optaram por uma **Abordagem Quantitativa**, por considerarem ser a mais adequada para o estudo científico que pretendem realizar. A partir deste método as autoras podem contribuir para o desenvolvimento e validação dos acontecimentos acerca do tema em estudo. Segundo Fortin (2009) a abordagem quantitativa caracteriza-se pela medida de variáveis

e obtenção de resultados numéricos. Tem ainda como finalidade “*contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.*” (Fortin, 2003, p.22).

Dentro desta abordagem as autoras optaram por um **estudo descritivo simples**. Para Fortin (2009, p. 237), este estudo “*implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população*”. Para Goyette, Lessard-Hébert e Boutin (2005), os estudos descritivos têm como finalidade conhecer e clarificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos.

2.2. População alvo, Amostra, Processo Utilizado para a sua Seleção

Num estudo científico é fundamental definir-se de forma precisa a população a estudar e, conseqüentemente, os elementos ou sujeitos que a compõem. Norusis (1991), citado por Ribeiro (2007), refere que a população é um conjunto de pessoas ou objectos acerca dos quais se pretende obter conclusões. Segundo Fortin (2009), a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e para os quais os investigadores desejam fazer generalizações. Sendo assim, as autoras consideraram como população alvo todos os Enfermeiros que exerçam a sua profissão num Serviço de Medicina.

Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível ao investigador (Fortin, 2009). Nesta perspectiva, como população acessível as autoras consideraram todos os Enfermeiros que prestem cuidados nos Serviços de Medicina 3 e 4 do HSFX – CHLO, e que respeitam os seguintes critérios de inclusão: ser Enfermeiro da área de prestação de cuidados e aceitar participar no estudo. Os critérios de elegibilidade podem ser vistos como delimitações, ou seja, as características que restringem a população a um grupo homogéneo de sujeitos de pesquisa (Wood e Haber, 2001). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.143) “*cabe ao pesquisador estabelecer esses critérios, antes da selecção das amostras de modo a decidir se uma pessoa seria classificada ou não como um elemento da população em questão.*”

Dado o número restrito de Enfermeiros dos dois serviços, foi estudada a população de Enfermeiros de ambos os serviços. A população do nosso estudo é constituída por

um total de 55 Enfermeiros. Após o período de colheita de dados as autoras obtiveram um total de 37 questionários respondidos, estando inválidos 2 destes, pois não se encontravam correctamente preenchidos. Sendo assim as autoras viram-se forçadas a estudar uma amostra da população, de 35 Enfermeiros, a qual, segundo Fortin (2009, p. 312) é uma “*fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo*”.

A amostra é não probabilística, accidental, pois nem todos os Enfermeiros tiveram a mesma probabilidade de responder aos questionários, uma vez que 2 enfermeiras se encontravam a gozar licença de maternidade e estavam enfermeiros ausentes, pois encontravam-se de férias. Segundo Fortin (2009) a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de serem escolhidos para fazerem parte da amostra. A amostragem accidental, consiste em escolher indivíduos pelo facto de se encontrarem no local determinado, ou seja, estão no local certo no momento conveniente.

2.3. Variáveis

De acordo com Fortin (2009, p.171) “*As variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo.*”, e podem ser classificadas de acordo com o papel que exercem na investigação.

Deste modo as autoras consideraram dois tipos de variáveis, as de atributo e as de investigação. Para a variável de investigação foram definidas dimensões e indicadores. Os indicadores são manifestações objectivamente observáveis e mensuráveis, das dimensões do conceito. Existem conceitos simples que têm apenas uma dimensão e um indicador. Outros conceitos são muito complexos, obrigando mesmo a decompor algumas dimensões em componentes antes de chegar aos indicadores (Quivy e Campenhoudt, 2008).

- As **variáveis de atributo** são, segundo Fortin (2009, p. 171), “*características pré-existentes dos participantes num estudo*”. As variáveis de atributo relativas aos profissionais de enfermagem que participaram no estudo e que foram consideradas neste trabalho são: idade, género, habilitações académicas, tempo de exercício na profissão e tempo de exercício profissional no serviço e formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical.

- De acordo com Fortin (2009, p. 171) as **variáveis de investigação** “*são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas*”. Ainda segundo Polit, Beck, e Hungler (2004) esta é denominada de variável dependente e é a que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever.

Sendo assim as autoras consideraram como variável de investigação, os cuidados de enfermagem na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da IN. As autoras definiram indicadores para as auxiliar a medir a variável de investigação, os quais foram distribuídos pelas dimensões criadas. Foram definidas três dimensões: a inserção do cateter vesical, a manutenção do sistema de drenagem e a remoção do cateter vesical. Para cada dimensão foram definidos os respectivos indicadores apresentados, respectivamente, nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Indicadores da Dimensão – Inserção do Cateter Vesical

Dimensão	Indicadores
Inserção do cateter vesical	Lavagem higiénica das mãos
	Seleccção do cateter vesical
	Cuidados de higiene à área genital
	Técnica de inserção do cateter
	Fixação do cateter
	Notas de Enfermagem

Quadro 2 - Indicadores da Dimensão - Manutenção do Sistema de Drenagem

Dimensão	Indicadores
Manutenção do sistema de drenagem	Lavagem e desinfecção das mãos
	Utilização de barreiras de protecção
	Cuidados de limpeza ao sistema de drenagem
	Manipulação do sistema de drenagem
	Irrigação
	Esvaziamento do saco de drenagem
	Substituição do saco de drenagem
	Colheita de urina asséptica

Quadro 3 - Indicadores da Dimensão - Remoção do Cateter Vesical

Dimensão	Indicadores
Remoção do cateter vesical	Lavagem das mãos
	Utilização de barreiras de protecção
	Cuidados de higiene à área genital
	Técnica de remoção do cateter vesical
	Notas de Enfermagem

2.4. Recolha de Dados

Quando o investigador selecciona o instrumento de recolha de dados deve procurar utilizar o que melhor se adapta para satisfazer os objectivos subjacentes ao estudo. De acordo com Fortin (2009, p. 368) a escolha do método de recolha dos dados “*depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis.*”

As autoras seleccionaram o instrumento de recolha de dados - Questionário (Apêndice VI). Consideraram o questionário o método mais indicado para esta investigação, pois permite recolher informações factuais sobre acontecimentos ou situações conhecidas (Fortin, 2009). Segundo Wood e Haber (2001), o questionário é um instrumento escrito e previamente planeado para reunir dados de indivíduos a respeito de conhecimento e atitudes. Este instrumento ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, para que as informações possam ser colhidas de uma maneira rigorosa. Assegura a fidelidade e facilita a comparação entre os sujeitos, mantendo o anonimato das respostas.

Para a elaboração do questionário foram seguidas as etapas referidas por Fortin (2009), respectivamente a delimitação da informação pertinente a recolher, a constituição de um banco de questões, a formulação e ordenação das questões, a submissão do esboço do questionário à revisão, ou seja, a realização do pré-teste do questionário e a redacção da introdução e das directrizes.

A informação necessária para a realização do questionário foca-se nos cuidados de enfermagem na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da IN. Segundo Bell (1997), quanto mais estruturada for uma questão mais fácil será analisá-la. Assim o questionário é composto por 39 questões de resposta fechada, dicotómicas e de escolha múltipla, estas são genéricas e relacionadas com as variáveis em estudo. Nas opções das questões, são contempladas algumas respostas incorrectas que visam a validação da(s) opções correctas. Cada questão foi colocada a cada pessoa da mesma forma. As respostas foram dadas por escrito sem assistência das autoras.

Para a construção da questão “*tempo de exercício na profissão*”, presente no instrumento de recolha de dados, as autoras basearam-se em Benner (2001, p. 53). A

autora afirma que “*a enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há 2 ou 3 anos*”. Como tal, fez sentido para as autoras, estabelecer um intervalo de 2 anos. Como para Vieira e Hoffman (1988), é conveniente estabelecer intervalos iguais para todas as classes, as autoras optaram por nas questões relativas ao “*tempo de exercício na profissão*” e “*tempo de exercício no serviço*” estabelecer intervalos de 2 anos.

Uma vez que segundo Bell (1997), a forma de distribuição dos questionários deve ser decidida logo de início, as autoras optaram por levar pessoalmente os questionários aos serviços de medicina 3 e 4 do HSFX. A cada questionário estava anexado uma carta explicativa do estudo (Apêndice IV) e uma declaração para obter o consentimento informado (Apêndice V) de cada Enfermeiro. Os questionários estiveram disponíveis para preenchimento entre os dias 1 e 24 de Julho de 2009. Foram colocados 2 envelopes em cada serviço onde os Enfermeiros puderam depositar os questionários preenchidos e a declaração do consentimento informado, visando-se, assim, uma maior confidencialidade dos dados recolhidos e anonimato dos participantes. Foi ainda afixado em cada serviço, um folheto informativo para reforçar a importância do preenchimento dos questionários (Apêndice VII).

2.5. Pré-teste

Todos os instrumentos de recolha de dados devem ser também testados para saber quanto tempo demora o seu preenchimento. O objectivo do pré-teste consiste em descobrir problemas apresentados pelo instrumento de recolha de dados, de modo a que os sujeitos num estudo real não encontrem dificuldades em responder (Bell, 1997). Segundo Fortin (2009), o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário de uma amostra reduzida da população.

De forma a validar a fidelidade e a viabilidade do instrumento de recolha de dados as autoras realizaram o pré-teste no dia 6 de Junho de 2009, a 6 Enfermeiros que na altura estavam a exercer a sua actividade profissional num Serviço de Medicina de um Hospital do concelho de Lisboa.

2.6. Tratamento e Análise de Dados

Foram distribuídos 55 questionários. No *terminus* da data estabelecida verificou-se que apenas 37 questionários estavam preenchidos, sendo estes os que foram recolhidos pelas autoras. Dos 37 questionários recolhidos, 2 foram eliminados, pois não se encontravam devidamente preenchidos, perfazendo um total de 35 questionários válidos.

O tratamento e a análise de dados foram efectuados nos meses de Agosto e Setembro de 2009. As autoras optaram por utilizar os testes estatísticos em determinadas variáveis de modo a melhorar a sua compreensão, tendo sido utilizada a estatística descritiva pois esta, segundo Fortin (2009), é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com ajuda de testes estatísticos, de maneira a que sejam compreendidos, tanto pelas autoras como pelos leitores.

Os dados obtidos neste estudo foram tratados informaticamente através do programa informático de tratamento estatístico SPSS v17.0, do Programa Microsoft Office Excel e Numbers da Macintosh, na realização dos gráficos, e Microsoft Office Word na elaboração de quadros. Os dados brutos, também designados por Fortin (2009) de série estatística, são muitas vezes difíceis de analisar pois as informações que transmitem estão dispersas. Como tal, esta informação tem de ser organizada e os dados devem ser apresentados de forma simples.

2.7. Considerações Éticas

Qualquer investigação que é efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Como tal, em todas as etapas do processo deve-se ter como primordial preocupação assegurar os direitos humanos e acima de tudo não causar dano. “*Os aspectos éticos são decisivos em investigação. Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa.*” (Ribeiro, 2007, p. 155)

Os direitos humanos aplicam-se a todos os envolvidos num projecto de pesquisa (Wood e Haber, 2001). É importante aplicar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades dos sujeitos que participam nas investigações. Deste modo, os

códigos de ética determinaram cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos. São eles:

O **respeito pelo consentimento livre e esclarecido** assenta no princípio segundo o qual todas as pessoas têm o direito e a capacidade de decidir por elas próprias. O indivíduo tem o direito de decidir de participar ou não num estudo. O consentimento livre e esclarecido significa que o indivíduo obteve a informação fundamental e que compreendeu aquilo onde se envolve. Não pode ser utilizado nenhum meio de coerção para levar o sujeito a participar numa investigação e este pode cessar a sua participação em qualquer momento, sem que incorra em qualquer pena ou sanção (Fortin, 2009). Segundo Wood e Haber (2001), o direito à autodeterminação tem por base o princípio ético do respeito às pessoas. O direito à autodeterminação de um sujeito da pesquisa é violado se a pessoa é obrigada a participar, se a sua autonomia é reduzida ou se é objecto de uma investigação sem conhecimento.

O **respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais** envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade. Este princípio reporta-se à capacidade que o sujeito tem de decidir sobre a informação de natureza pessoal que ele tornará pública no âmbito da participação no estudo. O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do participante não puder ser descoberta por nenhum meio, nem mesmo pelo investigador (Fortin, 2009). De acordo com Wood e Haber (2001), o anonimato existe quando a identidade do sujeito da pesquisa não pode ser ligada às informações que eles fornecem e essas não serão divulgadas publicamente.

O **respeito pela justiça e pela equidade** exige que o investigador se interesse por repartir equitativamente os benefícios e os inconvenientes da investigação entre todos os participantes. Este não deve estabelecer nenhuma discriminação entre as pessoas que participam e também devem ser tratados de maneira justa e equitativa antes, durante e após a investigação (Fortin, 2009).

Na preparação da investigação o investigador deve estabelecer um **equilíbrio entre vantagens e inconvenientes** da participação no estudo. O investigador tem o dever de evitar que os participantes sofram um desconforto excessivo e de lhes causar prejuízo. Há violação do princípio quando os riscos calculados excedem as vantagens. A redução dos inconvenientes corresponde ao princípio da não maleficência em que os

investigadores devem evitar expor os participantes a inconvenientes. A optimização das vantagens está relacionada com o princípio da beneficência que consiste em querer o bem dos participantes. As vantagens previstas devem compensar os riscos, como por exemplo, a contribuição para o avanço dos conhecimentos (Fortin, 2009).

Para assegurar os valores anteriormente descritos as autoras enviaram uma carta à Direcção de Enfermagem e à Comissão de Ética do CHLO, com o pedido de autorização para a recolha de dados (Apêndice II), sendo que a mesma foi aceite (Apêndice III). Todos os Enfermeiros que participaram no presente estudo, receberam as seguintes informações: finalidade e objectivos do estudo, assim como o direito de desistir de participar no mesmo, se assim o desejassem, tendo sido ainda informados de que todos os dados recolhidos eram confidenciais e anónimos. Estas informações encontravam-se descritas na Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento Informado (Apêndice IV). Os participantes assinaram uma Declaração do Consentimento Informado (Apêndice V), a fim de assegurar que os princípios éticos em investigação em Enfermagem fossem cumpridos. Após a aplicação dos questionários, devidamente preenchidos e com a folha de consentimento informado devidamente assinada, as duas partes foram separadas pelos Enfermeiros como forma de manter o anonimato dos participantes da amostra.

3. Resultados

Neste capítulo é realizada a descrição dos dados obtidos, que estão apresentados sob a forma de quadros e gráficos, e são relacionados os resultados obtidos com o problema confrontando-se com o enquadramento teórico.

Os dados emergem do meio natural: serviços de medicina do HSFX. O serviço de medicina 3, tem uma capacidade para 24 clientes de ambos os géneros. É constituído por uma Unidade de Insuficiência Cardíaca e uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. O serviço de medicina 4 tem uma capacidade para 26 clientes de ambos os géneros. É constituído por uma Unidade de Hematologia e uma Unidade de Acidente Vascular Cerebral.

Apresentamos os resultados dos dados estatísticos representando-os graficamente, cumprindo os elementos simplicidade, clareza e veracidade, propostos por Reis (2008). Vamos encontrar gráficos de barras, por permitirem a comparação simultânea de duas ou mais variáveis; gráficos de sectores quando comparamos uma parte com o total; e histogramas para a representação gráfica de efectivos agrupados por classes. Segundo Fortin (2009), o diagrama de barras e o de sectores são utilizados para representar graficamente os dados discretos, ou seja, para os dados nominais e ordinais.

3.1. Variáveis de Atributo

3.1.1. Idade

Analisando o **Quadro 4** e o **Gráfico 1**, verifica-se que a classe etária com maior representatividade é a dos 21 aos 30 anos, com 80% (28) dos Enfermeiros; de seguida encontra-se a classe dos 31 aos 40 anos de idade com 17,1% (6) Enfermeiros e por último, a classe etária dos 41 aos 50 anos de idade, 2,9% (1) dos Enfermeiros. Não existem Enfermeiros com idade superior ou igual a 51 anos.

Pode-se concluir que os Enfermeiros dos serviços de medicina 3 e 4 do HSFX, são Enfermeiros bastante jovens, uma vez que a classe etária com maior predominância foi a dos 21 aos 31 anos de idade, sendo esta a classe modal.

Estes dados estão de acordo com o relatório realizado pela Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 131) a propósito das condições de trabalho destes profissionais, em que é referido que “a maioria dos Enfermeiros é relativamente jovem ..., tendo 65,7% menos de 45 anos e, destes, 38,5% menos de 35 anos.”

Quadro 4 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à idade

Idade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
[21-30]	28	80	80
[31-40]	6	17,1	97,1
[41-50]	1	2,9	100
[51-60]	0	0	-
≥61	0	0	-
Total	35	100	-

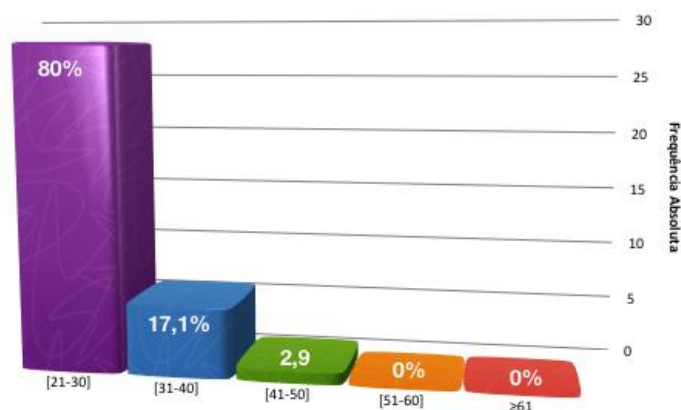


Gráfico 1 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à idade

3.1.2. Género

Ao analisar o **Quadro 5** e o **Gráfico 2**, verifica-se que a amostra é constituída por Enfermeiros de ambos os géneros, sendo que a maioria dos Enfermeiros pertence ao género feminino, 71,4 % (25) e 28,6% (10) são do género masculino.

Pode-se, então, concluir que o género com maior representatividade é o feminino, o que vai de encontro aos dados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 131) em que se afirma que “a maioria dos inquiridos (80,9%) é do sexo feminino”.

Quadro 5 – Distribuição dos Enfermeiros quanto ao género

Género	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Feminino	25	71,4	100
Masculino	10	28,6	28,6
Total	35	100	-

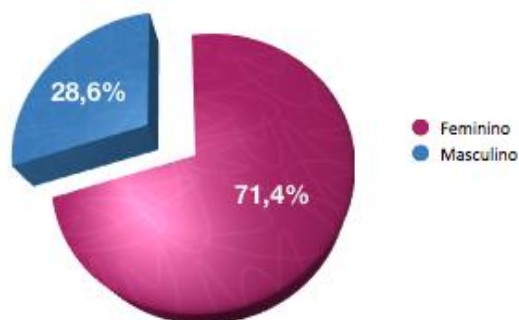


Gráfico 2 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao género

3.1.3. Habilitações académicas

No que concerne às habilitações académicas dos Enfermeiros dos serviços de medicina 3 e 4 do HSFX, representadas no **Quadro 6** e no **Gráfico 3**, verifica-se que apenas 2,9% (1) dos Enfermeiros possui o Bacharelato. A maior percentagem, 91,4% (32) possui a Licenciatura em Enfermagem e 5,7% (2) possui o Curso de Especialização em Enfermagem. Na presente amostra não existe nenhum Enfermeiro (0%) com Mestrado, Doutoramento ou outra habilitação académica.

Os resultados relativos à categoria de Bacharelato contrariam o relatório da Ordem dos Enfermeiros (2004, p.131) quando refere que “*uma percentagem elevada de Enfermeiros tem, ainda, um curso de bacharelato*” e os resultados das categorias Mestrado e Doutoramento estão de encontro com o mesmo relatório quando afirma que “*a percentagem dos que possuem uma habilitação académica de nível mais elevado é muito reduzida*”.

Quadro 6 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às habilitações académicas

Habilitações Académicas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Bacharelato	1	2,9	2,9
Licenciatura	32	91,4	94,3
Especialização	2	5,7	100
Mestrado	0	0	-
Doutoramento	0	0	-
Outro	0	0	-
Total	35	100	-

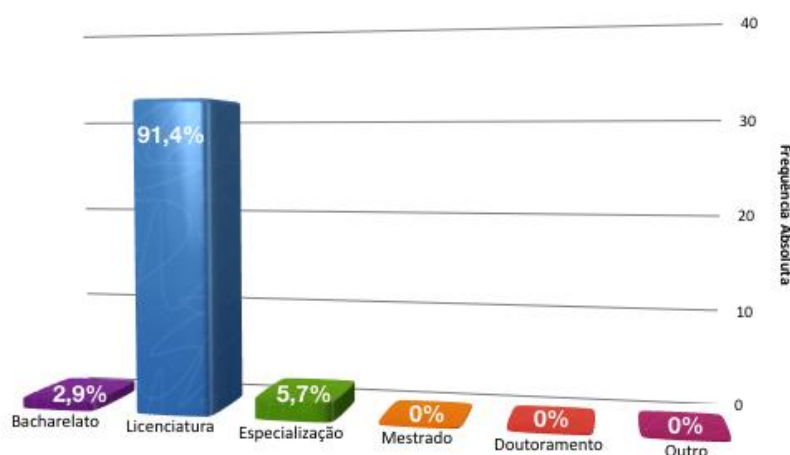


Gráfico 3 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às habilitações académicas

3.1.4. Tempo de exercício na profissão

De acordo com os dados representados no **Quadro 7** e no **Gráfico 4**, referente ao tempo de exercício na profissão, pode-se constatar que 51,4% (18) dos Enfermeiros exercem a profissão há menos de 2 anos, encontrando-se no início da sua carreira profissional; 28,6% (10) dos Enfermeiros exercem a profissão de enfermagem num período compreendido entre 2 a 3 anos; 5,7% (2) dos Enfermeiros apresentam um tempo de exercício entre 6 a 7 anos; apenas 2,9% (1) dos Enfermeiros apresenta antiguidade na profissão compreendida entre 12 e 13 anos; e por fim 11,4% (4) dos Enfermeiros exercem a sua profissão há um tempo de exercício profissional igual ou superior a 14 anos. Neste estudo não houve qualquer Enfermeiro, 0%, em que o tempo de exercício na profissão estivesse compreendido entre os intervalos de 4 a 5 anos, 8 a 9 anos e 10 a 11 anos.

Estes resultados encontram-se de acordo com o estudo de investigação realizado pela Ordem dos Enfermeiros (2004, p. 133) que conclui que “*a relativa juventude do*

peçoal de enfermagem é reforçada pela análise da antiguidade na profissão” em que “mais de 50% dos inquiridos têm menos de 10 anos de profissão e apenas pouco mais de 20% têm mais de 20 anos”.

Relacionando o tempo de exercício na profissão de enfermagem com as habilitações académicas, constatamos que dos 5 enfermeiros que exercem a profissão há mais de 10 anos, 4 garantiram a sua transição para licenciados após 1999, ou seja, optaram por usufruir da oportunidade concedida pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, através do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, em que houve uma reorganização da formação dos enfermeiros, destacando-se a passagem do nível geral para o de licenciatura.

Quadro 7- Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício na profissão

Tempo de Exercício na Profissão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
<2	18	51,4	51,4
[2-3]	10	28,6	80
[4-5]	0	0	80
[6-7]	2	5,7	85,7
[8-9]	0	0	85,7
[10-11]	0	0	85,7
[12-13]	1	2,9	88,6
≥14	4	11,4	100
Total	35	100	-

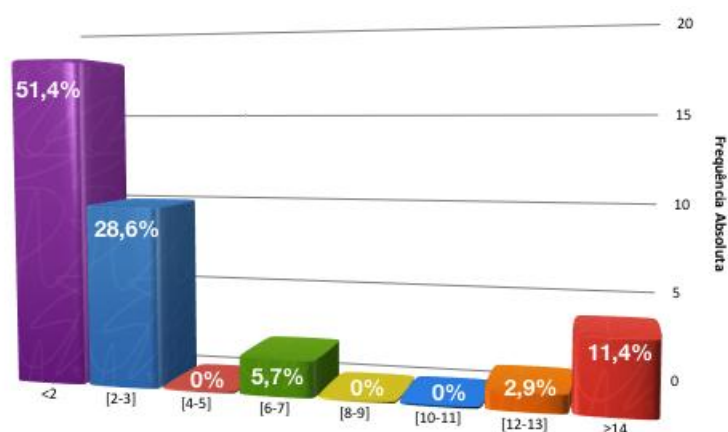


Gráfico 4 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício na profissão

3.1.5. Tempo de exercício profissional no serviço

Relativamente ao tempo de exercício profissional no actual serviço, referenciado no **Quadro 8** e no **Gráfico 5**, a maioria dos Enfermeiros, 82,9% (29) exerce a sua profissão no serviço actual há menos de 2 anos; 11,4% (4) exerce há um período compreendido entre 2 a 3 anos e apenas 5,7% (2) exerce entre 6 a 7 anos. Nos serviços de medicina 3 e 4 do HSFX, não há Enfermeiros, 0%, que o tempo de exercício profissional nesse serviço fosse entre 4 a 5 anos ou igual ou superior a 8 anos.

Quadro 8 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício no serviço

Tempo de Exercício na Profissão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
<2	29	82,9	82,9
[2-3]	4	11,4	94,3
[4-5]	0	0	94,3
[6-7]	2	5,7	100
[8-9]	0	0	-
[10-11]	0	0	-
[12-13]	0	0	-
≥14	0	0	-
Total	35	100	-

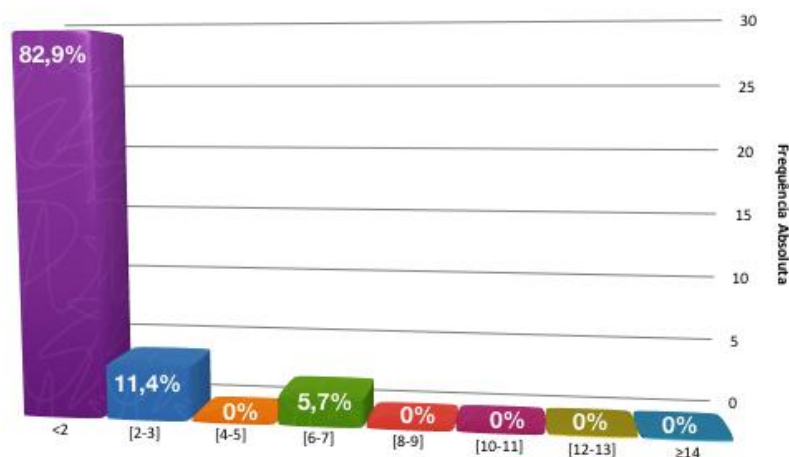


Gráfico 5 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tempo de exercício no serviço

3.1.6. Formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical

Perante a análise do **Quadro 9** e do **Gráfico 6**, foi possível verificar que 31,4% (11) dos Enfermeiros realizaram, após a Licenciatura de Enfermagem, formação específica sobre as recomendações para a prevenção da infecção urinária associada à cateterização

vesical, e que a maioria dos Enfermeiros, 68,6% (24), não recebeu formação específica sobre este tema.

Quadro 9 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical

Formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Sim	11	31,4	31,4
Não	24	68,6	100
Total	35	100	-

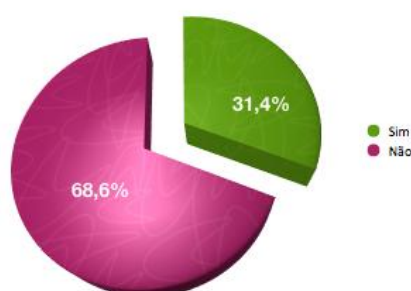


Gráfico 6 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à formação sobre as recomendações associadas à cateterização vesical

3.1.7. Local da formação

De acordo com o **Quadro 10**, conclui-se que dos 11 Enfermeiros que tiveram formação específica sobre as recomendações para a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical, todos, 100%, realizaram esta formação na instituição.

As autoras supõem que o facto de a instituição fornecer formação é um factor facilitador para a recepção da mesma, uma vez que todos os enfermeiros a realizaram no seu local de trabalho.

Quadro 10 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao local de formação

Local de Formação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Na instituição	11	100	100
Exterior à Instituição	0	0	-
Total	11	100	-

3.1.8. Existência de protocolo no serviço para a cateterização vesical

Pela observação do **Quadro 11** e do **Gráfico 7**, verifica-se que 97,1% (34) Enfermeiros referem existir um protocolo para a cateterização vesical. Dos enfermeiros, 2,9% (1), respondeu não existir no serviço um protocolo de actuação. No entanto é de se referir que existe efectivamente um protocolo, denominado “*Recomendações para a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical (algaliação)*”, - Norma n.º II/2009 realizado pela Comissão de Controlo de Infecção e que foi aprovado pelo Conselho de Administração do CHLO, em 19 de Março de 2009.

Quadro 11 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de protocolo no serviço para a cateterização vesical

Existência de protocolo no serviço para a cateterização vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Sim	34	97,1	97,1
Não	1	2,9	100
Total	35	100	

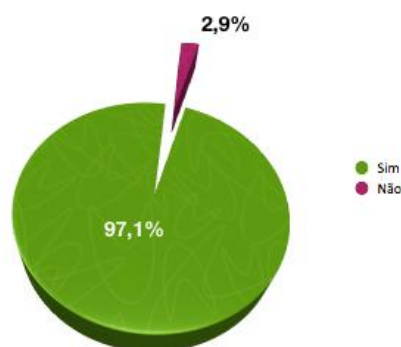


Gráfico 7 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de protocolo no serviço para a cateterização vesical

3.2. Variável de Investigação

3.2.1. Dimensão – Inserção do Cateter Vesical

3.2.1.1. Lavagem das mãos aquando da inserção do cateter vesical

No **Quadro 12** e no **Gráfico 8** é apresentado o comportamento dos Enfermeiros relativamente à lavagem das mãos ao realizar a inserção do cateter vesical. Relativamente à lavagem das mãos antes de proceder à preparação do material, pode-se

verificar que a maioria dos Enfermeiros, 82,9% (29), realiza este procedimento e apenas 37,1% (13) dos Enfermeiros realizam a lavagem das mãos após a preparação.

A lavagem das mãos é essencial para a prevenção da IN. O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), afirma que a lavagem das mãos e a desinfecção com solução antisséptica deve ser realizada antes e após a preparação do material.

Em relação à lavagem das mãos verifica-se ainda que 34,3% (12) dos Enfermeiros realizam este procedimento após os cuidados de higiene à área genital.

Quanto à lavagem das mãos antes de manipular o material esterilizado, constata-se que 42,9% (15) dos Enfermeiros realizam este procedimento. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), antes de proceder à inserção do cateter vesical, o Enfermeiro deve realizar uma lavagem higiénica das mãos.

No que se refere à lavagem das mãos após a realização da técnica de inserção do cateter vesical, 57,1% (20) dos Enfermeiros executam este procedimento. A Norma n.º II/2009 recomenda que esta deve ser efectuada antes e após a introdução do cateter.

Quadro 12 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da inserção do cateter vesical

Lavagem das mãos aquando a inserção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Antes da preparação do material	29	82,9
Após a preparação do material	13	37,1
Após os cuidados de higiene à área genital	12	34,3
Antes de manipular o material esterilizado	15	42,9
Após realização da técnica	20	57,1

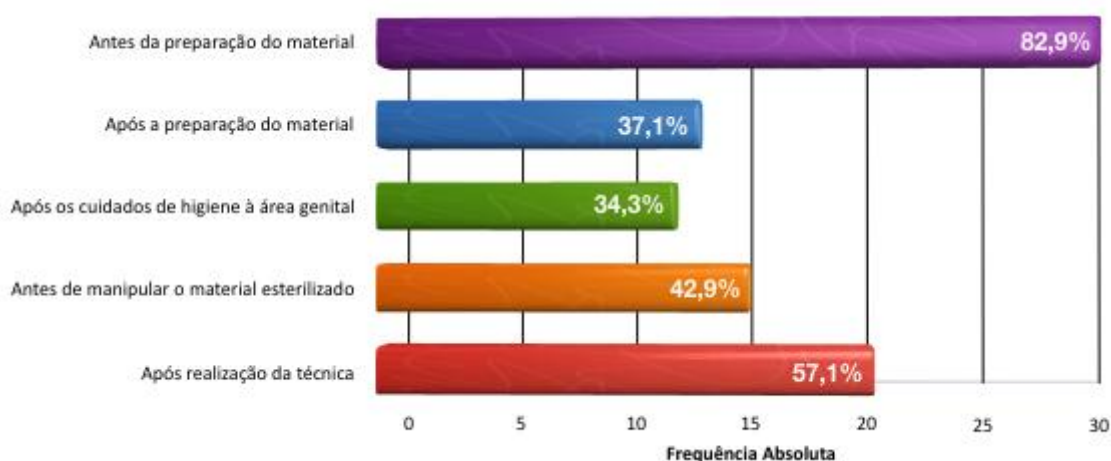


Gráfico 8 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos aquando da inserção do cateter vesical

3.2.1.2. Produtos utilizados na lavagem e desinfecção das mãos

De acordo com o Quadro 13 e o Gráfico 9, todos os Enfermeiros utilizam pelo menos um dos seguintes produtos, água e sabão e/ou solução antisséptica; 31,4% (11) dos Enfermeiros, utilizam água e sabão para a lavagem e desinfecção das mãos e a mesma percentagem de Enfermeiros utiliza solução antisséptica.

Dos Enfermeiros questionados, 37,1% (13) referem utilizar ambos os produtos, o que se encontra de acordo com as recomendações do CDC (1985), citado por Bolick *et al* (2000), onde se afirma que o sabão comum e a água devem ser usados para lavar as mãos sendo que o agente de limpeza serve para eliminar os microorganismos das mesmas, por exemplo, antes e após a manipulação de dispositivos invasivos.

Quadro 13 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos produtos que utilizam para a lavagem e desinfecção das mãos

Produtos utilizados para a lavagem e desinfecção das mãos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Água e sabão	11	31,4	31,4
Solução antisséptica	11	31,4	62,9
Ambos	13	37,1	100
Nenhuma	0	0	-
Total	35	100	-

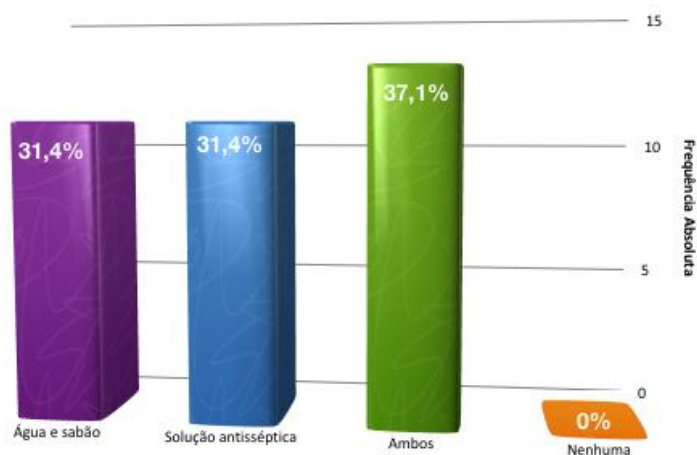


Gráfico 9 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos produtos que utilizam para a lavagem e desinfecção das mãos

3.2.1.3. Existência de *kits* no serviço para a cateterização vesical

Ao analisar o **Quadro 14** e o **Gráfico 10**, pode-se averiguar que a maioria dos Enfermeiros, 80% (28), tem conhecimento da existência de *kits* específicos para a cateterização e que 20% (7) não tem conhecimento da existência destes *kits*. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), a utilização de *kits* de cateterização específicos pode facilitar a manutenção de esterilidade durante a inserção.

Quadro 14 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de *kits* no serviço para a cateterização vesical

Existência de <i>kits</i> no serviço para a cateterização vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Sim	28	80	80
Não	7	20	100
Total	35	100	

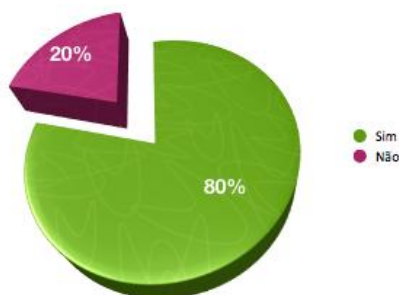


Gráfico 10 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao conhecimento da existência de *kits* no serviço para a cateterização vesical

3.2.1.4. Selecção do cateter vesical

De acordo com a análise do **Quadro 15** e do **Gráfico 11**, 71,4% (25) dos Enfermeiros, seleccionam o cateter vesical de acordo com a avaliação clínica do cliente; a maioria dos Enfermeiros; 88,6% (31), tem em conta a duração prevista da cateterização; 37,1% (13) têm em conta as alergias do cliente; e 60% (21) têm em conta uma previsível irrigação contínua ou intermitente.

Todos estes critérios de selecção encontram-se de acordo com o que é recomendado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Segundo o mesmo, o cateter vesical deve ser seleccionado de acordo com a avaliação clínica do cliente e com a duração prevista da cateterização. Na escolha do cateter é necessário questionar previamente os clientes sobre possíveis alergias. Ainda de acordo com a Norma n.º II/2009, quando é previsível realizar uma irrigação contínua ou intermitente do cateter deve-se seleccionar um de 3 vias.

Na selecção do cateter vesical a utilizar nenhum Enfermeiro, 0%, se baseia no que estava disponível em *stock* e todos os Enfermeiros têm em conta pelo menos um critério de selecção.

Quadro 15 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao modo como seleccionam o cateter vesical

Selecção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
De acordo com a avaliação clínica do cliente	25	71,4
De acordo com a duração prevista da cateterização	31	88,6
Tem em conta as alergias do cliente	13	37,1
Tem em conta uma previsível irrigação contínua ou intermitente	21	60
Utiliza o disponível em stock	0	0
Não utiliza critérios para a selecção	0	0



Gráfico 11 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao modo como seleccionam o cateter vesical

3.2.1.5. Preferência relativamente ao calibre do cateter vesical

Pela análise do **Quadro 16** e do **Gráfico 12** verifica-se que a maioria dos Enfermeiros, 88,6% (31), dá preferência ao cateter vesical com menor calibre, o que se encontra de acordo com o recomendado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), quando afirma presentemente, que se devem utilizar cateteres de menor calibre.

Uma pequena percentagem de Enfermeiros, 8,6 % (3) optam pelo cateter vesical de maior calibre e apenas 2,9% (1) não tem em conta o calibre do cateter vesical.

Quadro 16 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à preferência relativamente ao calibre do cateter vesical

Preferência relativamente ao calibre do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Menor Calibre	31	88,6	88,6
Maior calibre	3	8,6	97,1
Não tem em conta o calibre	1	2,9	100
Total	35	100	-

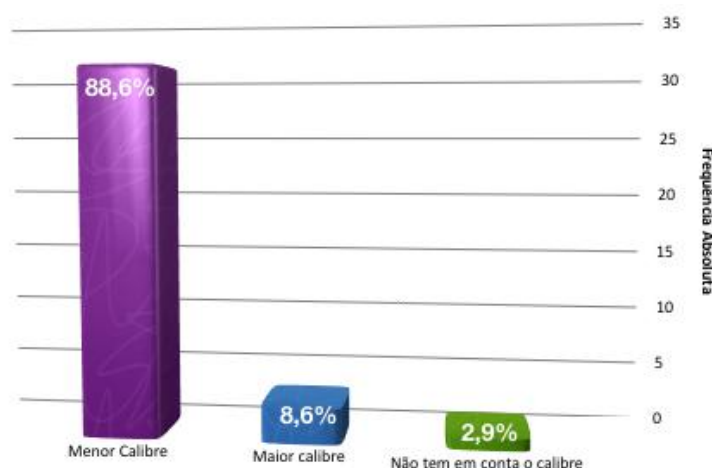


Gráfico 12 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à preferência relativamente ao calibre do cateter vesical

3.2.1.6. Frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical

De acordo com o **Quadro 17** e o **Gráfico 13**, no que concerne à frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical, verifica-se que a maioria dos Enfermeiros, 97,1% (34), realiza sempre este procedimento, o que está de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), pois este refere que devem ser sempre prestados cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical.

Apenas 2,9% (1) dos Enfermeiros efectua este procedimento às vezes e não há nenhum Enfermeiro, 0%, que nunca realizasse os cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical.

Quadro 17 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical

Frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Sempre	34	97,1	97,1
Às vezes	1	2,9	100
Nunca	0	0	-
Total	35	100	-

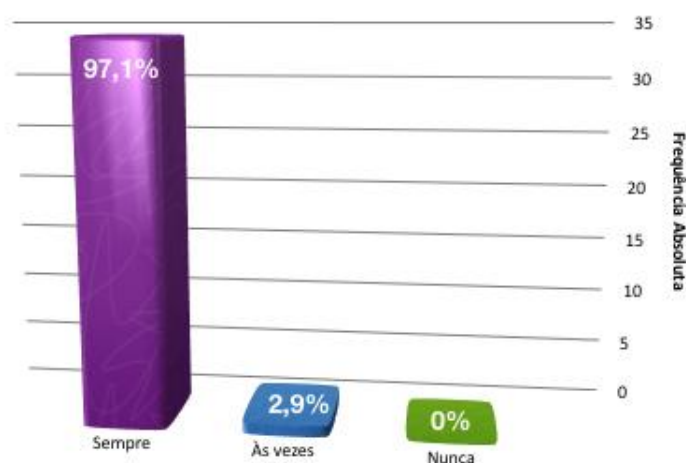


Gráfico 13 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter vesical

3.2.1.7. Realização dos cuidados de higiene à área genital

A partir da análise do **Quadro 18** e do **Gráfico 14**, relativamente aos recursos utilizados pelos enfermeiros quando prestam cuidados de higiene à área genital, a maioria dos Enfermeiros, 88,6% (31) afirma utilizar barreiras de protecção, o que se encontra de acordo com o recomendado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), onde se refere que este procedimento deve ser realizado com o recurso de barreiras de protecção, como luvas limpas. Quanto ao uso de luvas esterilizadas, apenas 5,7% (2) dos Enfermeiros referem a sua utilização, o que, de facto, não é o necessário na realização deste procedimento. Os Enfermeiros devem utilizar os recursos para o fim a que se destinam (Frederico e Leitão, 1999).

Relativamente aos cuidados de higiene à área genital 80% (28) realizam a lavagem à área genital com água e sabão, o que se encontra de acordo com o preconizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Segundo este, a área genital deve ser sempre bem lavada com água e sabão antes da inserção do cateter vesical.

Dos Enfermeiros questionados, 51,4% (18) afirmam utilizar soro fisiológico para a realização dos cuidados de higiene à área genital e apenas 2,9% (1) dos Enfermeiros afirma utilizar solução desinfectante. Não há nenhum Enfermeiro, 0%, que realizasse os cuidados de higiene à área genital apenas com água.

Quadro 18 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização dos cuidados de higiene à área genital

Realização dos cuidados de higiene à área genital	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Com barreiras de protecção	31	88,6
Com luvas esterilizadas	2	5,7
Com água e sabão	28	80
Com soro fisiológico	18	51,4
Com solução desinfectante	1	2,9
Com água	0	0

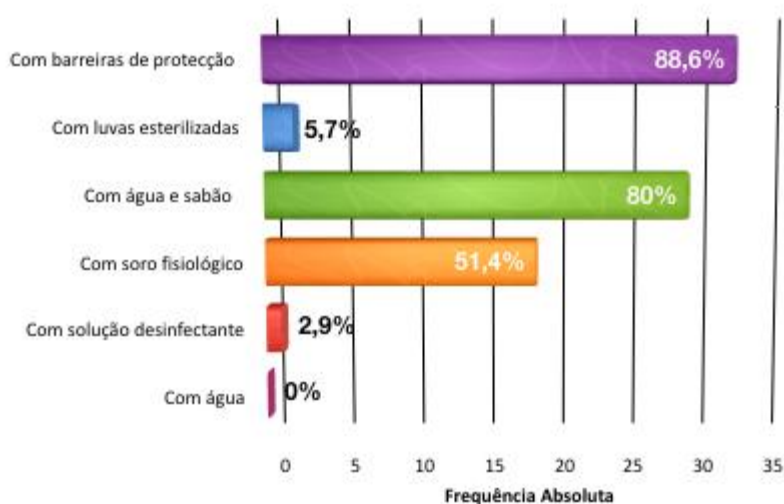


Gráfico 14 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização dos cuidados de higiene à área genital

3.2.1.8. Barreiras de protecção utilizadas no momento da inserção do cateter vesical

Através da leitura do **Quadro 19** e do **Gráfico 15**, verifica-se que a maioria dos Enfermeiros, 94,3% (33) utiliza luvas esterilizadas, o que se encontra de acordo com as recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). O mesmo afirma que antes de proceder à inserção do cateter vesical o Enfermeiro deve calçar luvas estéreis, a fim de manter a técnica asséptica durante a inserção. Uma minoria, 5,7% (2) dos Enfermeiros, utiliza luvas limpas e nenhum Enfermeiro, 0%, usa luvas “palhaço”.

Apenas 28,6% (10) dos Enfermeiros utilizam avental aquando da inserção do cateter vesical. A sua utilização é recomendada pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), pois o mesmo refere que é necessário o uso de barreiras de protecção aquando da inserção do cateter vesical.

Pode verificar-se que no momento da inserção do cateter vesical, todos os Enfermeiros utilizam pelo menos uma barreira de protecção.

Quadro 19 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à utilização de barreiras de protecção no momento da inserção do cateter vesical

Barreiras de protecção utilizadas no momento da inserção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Com luvas esterilizadas	33	94,3
Com luvas limpas	2	5,7
Com luvas "palhaço"	0	0
Com avental	10	28,6
Não utiliza	0	0

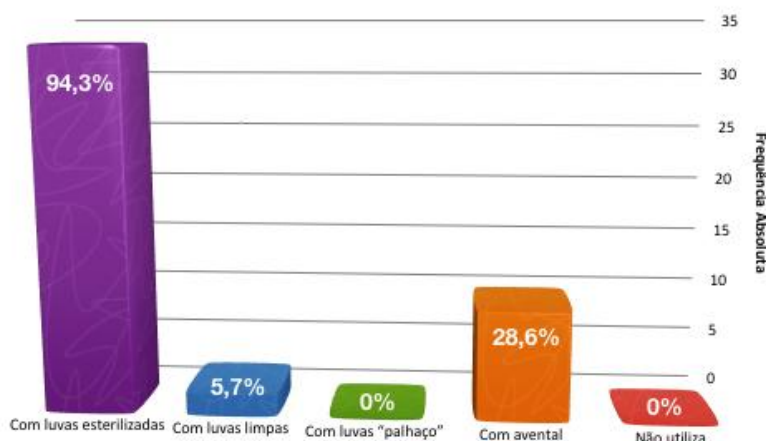


Gráfico 15 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à utilização de barreiras de protecção no momento da inserção do cateter vesical

3.2.1.9. Soluto utilizado para a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter vesical

Pela observação do **Quadro 20** e do **Gráfico 16**, no que se refere ao soluto de limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter vesical, verifica-se que a maioria dos Enfermeiros, 74,3% (26) utiliza solução estéril e 11,4% (4) dos Enfermeiros utilizam solução antisséptica, o que se encontra de acordo com o preconizado pela

Norma n.º II/2009. Segundo a mesma, o meato urinário deve ser limpo com solução estéril ou antisséptica, contudo o uso de soluções antissépticas ou soluções salinas estéreis é ainda uma questão não resolvida.

Uma percentagem de 8,6% (3) Enfermeiros efectua a limpeza do meato urinário com água e sabão; nenhum Enfermeiro, 0%, utiliza água e 5,7% (2) dos Enfermeiros não realizam esta limpeza.

Quadro 20 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter vesical

Soluto utilizado para a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Com solução estéril	26	74,3	74,3
Com solução antisséptica	4	11,4	85,7
Com água e sabão	3	8,6	94,3
Com água	0	0	94,3
Não realiza	2	5,7	100
Total	35	100	-

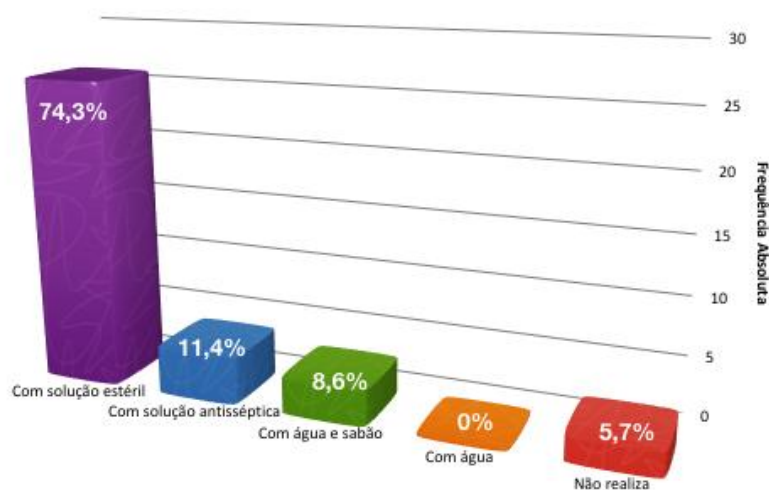


Gráfico 16 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter

3.2.1.10. Soluto utilizado para a dilatar o balão

Através do Quadro 21 e do Gráfico 17, pode-se concluir que todos os Enfermeiros, 100% (35), utilizam água bidestilada para dilatar o balão do cateter vesical, o que se

encontra de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Este, afirma que o balão deve ser dilatado com água bidestilada.

Nenhum Enfermeiro, 0%, utiliza outro soluto como, soro fisiológico, antisséptico ou água.

Quadro 21 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para dilatar o balão

Soluto utilizado para dilatar o balão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Com água bidestilada	35	100	100
Com soro fisiológico	0	0	-
Com antisséptico	0	0	-
Com água	0	0	-
Total	35	100	-

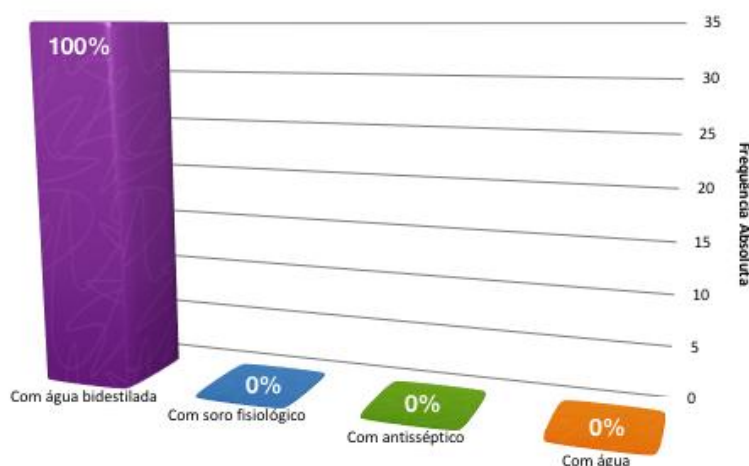


Gráfico 17 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao soluto utilizado para dilatar o balão

3.2.1.11. Volume de soluto utilizado para dilatar do balão

Segundo o **Quadro 22** e o **Gráfico 18**, verifica-se que a maioria dos Enfermeiros, 97,1% (34) segue, para determinar o volume de soluto com que dilatava o balão do cateter vesical, as indicações do fabricante, o que se encontra de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), pois este refere que o balão deve ser dilatado com a quantidade correcta de soluto, seguindo as instruções do fabricante do cateter vesical.

Apenas 2,9% (1) dos Enfermeiros referem dilatar o balão com 15 mililitros e nenhum Enfermeiro, 0%, dilata o balão com 5, 10 ou 20 mililitros.

Quadro 22 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao volume de soluto utilizado para dilatar o balão

Volume de soluto utilizado para dilatar o balão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Segundo as indicações do fabricante	34	97,1	97,1
Com 5 ml	0	0	97,1
Com 10 ml	0	0	97,1
Com 15 ml	1	2,9	100
Com 20 ml	0	0	-
Total	35	100	-

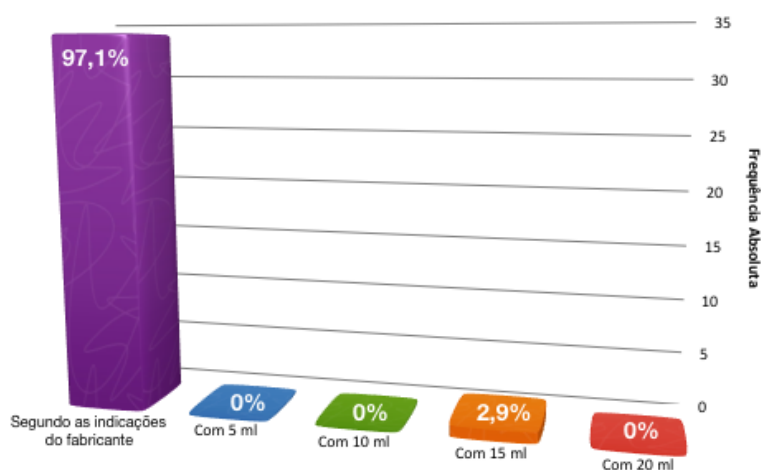


Gráfico 18 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao volume de soluto utilizado para dilatar o balão

3.2.1.12. Local de fixação do cateter vesical

Perante o **Quadro 23** e o **Gráfico 19** pode-se verificar que relativamente ao local de fixação do cateter vesical na região inferior do abdómen, 11,4% (4) dos Enfermeiros, fixam no género masculino e nenhum Enfermeiro, 0%, fixa no género feminino.

Quanto ao local de fixação na região superior da coxa 37,1% (13) dos Enfermeiros, fixam no género masculino e 28,6% (10) fixam no género feminino.

Quanto ao local de fixação na face interna da coxa, 40% (14) dos Enfermeiros, fixam no género masculino e 57,1% (20) fixam no género feminino.

Segundo a Norma n.º II/2009, no homem o cateter vesical deve ser fixo na parte superior da coxa ou região inferior do abdómen. De acordo com a mesma Norma, no género feminino o cateter vesical deve ser fixo na face interna da coxa.

Apenas 11,4% (4) dos Enfermeiros não efectuam qualquer tipo de fixação do cateter no género masculino e quanto ao no género feminino 17,1% (6) dos Enfermeiros não realizam a fixação do cateter vesical, o que vai contra a Norma n.º II/2009 que preconiza a fixação do cateter, tanto no género feminino como no masculino, de modo a prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra, assegurando uma boa drenagem.

Desta análise pode-se também concluir que o género onde mais comumente se fixa o cateter vesical é o masculino.

Quadro 23 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao local de fixação do cateter vesical

Masculino		Fixação do cateter vesical	Feminino	
Frequência Absoluta	Frequência Relativa %		Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
4	11,4	Na região inferior do abdómen	0	0
13	37,1	Na região superior da coxa	10	28,6
14	40	Na face interna da coxa	20	57,1
4	11,4	Não fixa o cateter	6	17,1

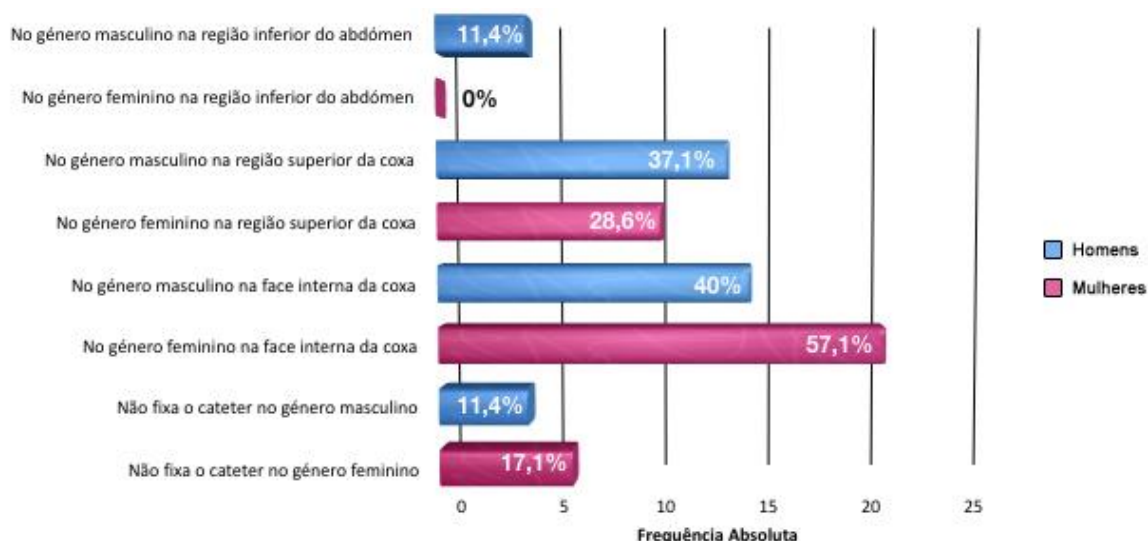


Gráfico 19 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao local de fixação do cateter vesical

3.2.1.13. Registos nas Notas de Enfermagem aquando da inserção do cateter vesical

Pode-se aferir do **Quadro 24** e do **Gráfico 20** que o registo mais comum nas notas de enfermagem refere-se ao tipo de cateter e calibre, tendo havido a mesma percentagem de respostas quanto a estes, 97,1% (34); em relação à data de inserção do cateter vesical, 88,6% (31) dos Enfermeiros, efectuam este registo; 77,1% (27) dos Enfermeiros, quando efectuam os registos nas notas de enfermagem, têm cuidado para que a sua assinatura seja legível; 57,1% (20) dos Enfermeiros registam a indicação da cateterização vesical; 20% (7) dos Enfermeiros registam a hora da inserção do cateter vesical e relativamente ao registo do volume do balão do cateter vesical, apenas 17,1% (6) dos Enfermeiros realizam este registo.

Todos os Enfermeiros realizam pelo menos um dos presentes registos sobre a cateterização vesical, mas existem registos recomendados que não são efectuados. De acordo com a Norma n.º II/2009, todos os procedimentos que envolvam o cateter vesical e o sistema de drenagem devem ser registados nas notas de enfermagem, devendo incluir indicações para a inserção do cateter, o nome legível do profissional que executa o procedimento, a data e a hora da inserção, o tipo e o calibre do cateter vesical e o volume de água bidestilada do balão.

Quadro 24 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem aquando da inserção do cateter vesical

Registos nas Notas de Enfermagem aquando da inserção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Tipo de cateter	34	97,1
Calibre do cateter	34	97,1
Data de inserção	31	88,6
Nome legível do profissional	27	77,1
Indicação da cateterização	20	57,1
Hora de inserção	7	20
Volume do balão	6	17,1
Não regista	0	0

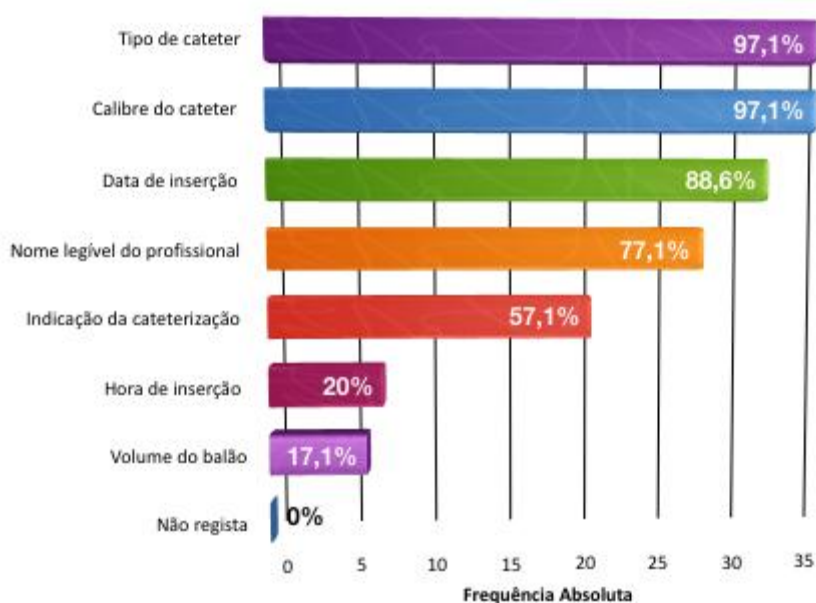


Gráfico 20 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem aquando da inserção do cateter vesical

3.2.2. Dimensão – Manutenção do Sistema de Drenagem

3.2.2.1. Lavagem das mãos na manipulação do sistema de drenagem

Pela observação do **Quadro 25** e do **Gráfico 21**, pode-se verificar que não há nenhum Enfermeiro que não efectue a lavagem das mãos, pelo menos num dos momentos, sendo que 20% (7) dos Enfermeiros realizam a lavagem das mãos antes da manipulação do sistema de drenagem, e 2,9% (1) dos Enfermeiros efectuem esta lavagem após a sua manipulação.

Pode-se verificar que a maioria dos Enfermeiros, 77,1% (27) realiza a lavagem das mãos antes e após a manipulação do sistema de drenagem, o que se encontra de acordo com a Norma n.º II/2009. Segundo esta, deve-se realizar uma lavagem das mãos, imediatamente antes e após qualquer manipulação do sistema de drenagem.

Quadro 25 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos na manipulação do sistema de drenagem

Lavagem das mãos na manipulação do sistema de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Antes da manipulação do sistema de drenagem	7	20	20
Após a manipulação do sistema de drenagem	1	2,9	22,9
Antes e após a manipulação do sistema de drenagem	27	77,1	100
Não efectua	0	0	-
Total	35	100	-

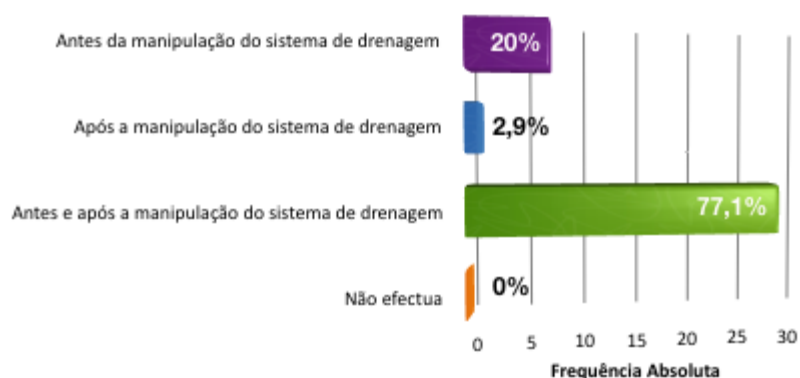


Gráfico 21 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à lavagem das mãos na manipulação do sistema de drenagem

3.2.2.2. Tipo de luvas utilizadas na manipulação do sistema de drenagem

De acordo com o **Quadro 26** e o **Gráfico 22**, 77,1% (27) dos Enfermeiros utilizam luvas limpas aquando da manipulação do sistema de drenagem, o que se encontra de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Este afirma que antes da manipulação do cateter vesical está indicado usar um novo par de luvas limpas.

Segundo Frederico e Leitão (1999), os Enfermeiros devem utilizar os recursos materiais para o fim a que destinam, o que não se verifica, pois uma grande percentagem de Enfermeiros, 22,9% (8) utiliza luvas esterilizadas para a manipulação do sistema de drenagem, o que não é necessário

Nenhum dos Enfermeiros, 0%, recorre à utilização de luvas “palhaço” e todos os Enfermeiros utilizam um tipo de luvas na manipulação do sistema de drenagem.

Quadro 26 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tipo de luvas utilizadas na manipulação do sistema de drenagem

Tipo de luvas utilizadas na manipulação do sistema de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Luvas limpas	27	77,1	77,1
Luvas esterilizadas	8	22,9	100
Luvas "palhaço"	0	0	-
Não utiliza	0	0	-
Total	35	100	-

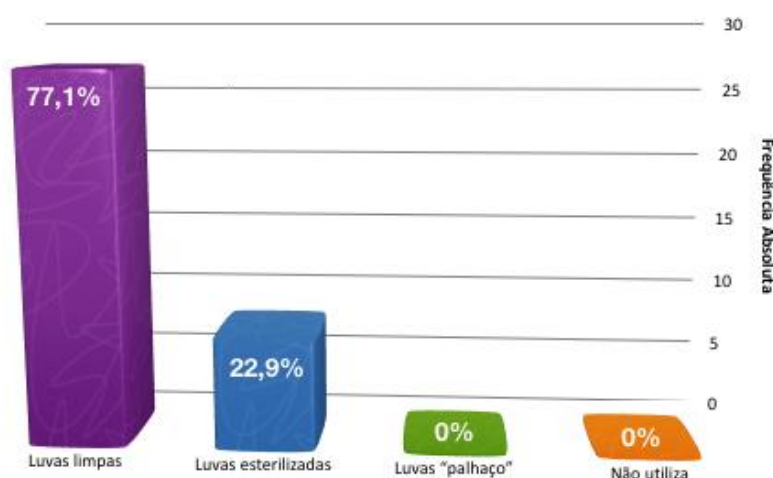


Gráfico 22 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao tipo de luvas utilizadas na manipulação do sistema de drenagem

3.2.2.3. Limpeza do sistema de drenagem

Através da análise do **Quadro 27** e do **Gráfico 23**, pode-se verificar que 42,9% (15) dos Enfermeiros utilizam água e sabão aquando da limpeza do sistema de drenagem e 28,6% (10) utilizam soro fisiológico. De acordo com o preconizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), a higiene do meato urinário deve ser efectuada com soro fisiológico.

Relativamente à limpeza do sistema de drenagem, 25,7% (9) utilizam solução antisséptica e apenas 2,9% (1) dos Enfermeiros utilizam água.

Aquando da limpeza do sistema de drenagem 8,6% (3) dos Enfermeiros referem realizar a limpeza dos primeiros 5 centímetros do cateter vesical. Segundo Potter e Perry (2006) devem ser realizados os cuidados genitais e a limpeza dos primeiros 5 centímetros do cateter vesical.

A maioria dos Enfermeiros, 71,4% (25), refere trocar o adesivo que fixa o sistema de drenagem, o que se encontra de acordo com Potter e Perry (2006), que afirmam que o adesivo que fixa o cateter deve ser substituído.

Apenas 5,7% (2) dos Enfermeiros, não realizam a limpeza do sistema de drenagem.

Quadro 27 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à limpeza do sistema de drenagem

Limpeza do sistema de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Utiliza água e sabão	15	42,9
Utiliza soro fisiológico	10	28,6
Utiliza solução antisséptica	9	25,7
Utiliza água	1	2,9
Limpeza dos primeiros 5 centímetros do cateter vesical	3	8,6
Troca o adesivo que fixa o sistema	25	71,4
Não realiza	2	5,7

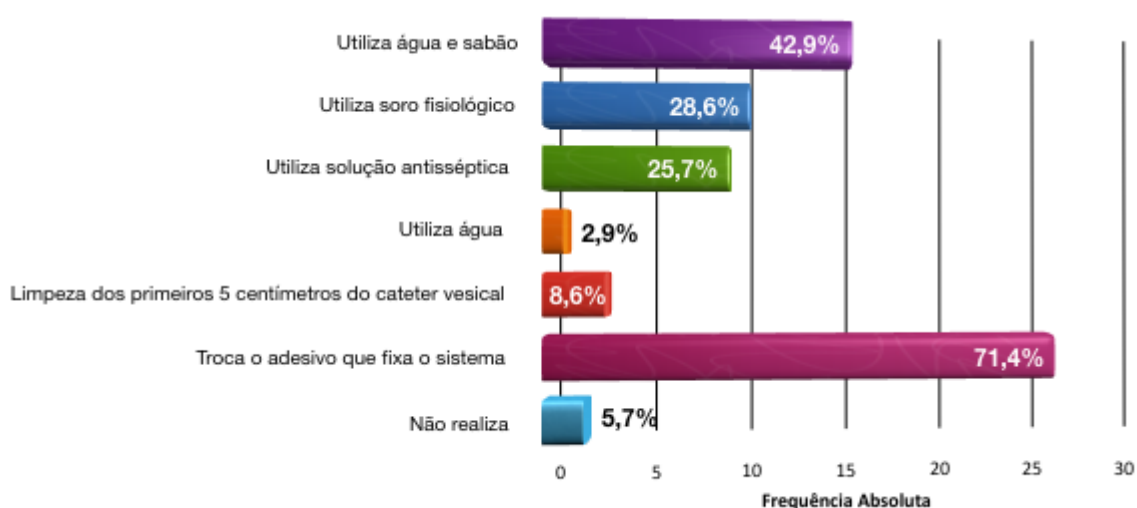


Gráfico 23 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à limpeza do sistema de drenagem

3.2.2.4. Procedimento perante a desconexão do sistema de drenagem

Da observação do **Quadro 28** e do **Gráfico 24**, resulta que a maioria dos Enfermeiros, 82,9% (29) substitui o sistema utilizando técnica asséptica, o que se encontra de acordo com o preconizado na Norma n.º II/2009, que afirma que caso ocorra desconexão do sistema de drenagem o mesmo deve ser substituído com assepsia.

Apenas 17,1% (6) dos Enfermeiros substituem o sistema de drenagem utilizando técnica limpa e nenhum Enfermeiro, 0%, volta a conectar o sistema de drenagem sem que este seja substituído.

Quadro 28 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao procedimento perante a desconexão do sistema de drenagem

Procedimento perante a desconexão do sistema de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Substitui o sistema de drenagem, utilizando técnica asséptica	29	82,9	82,9
Substitui o sistema de drenagem, utilizando técnica limpa	6	17,1	100
Volta a conectar	0	0	-
Total	35	100	-

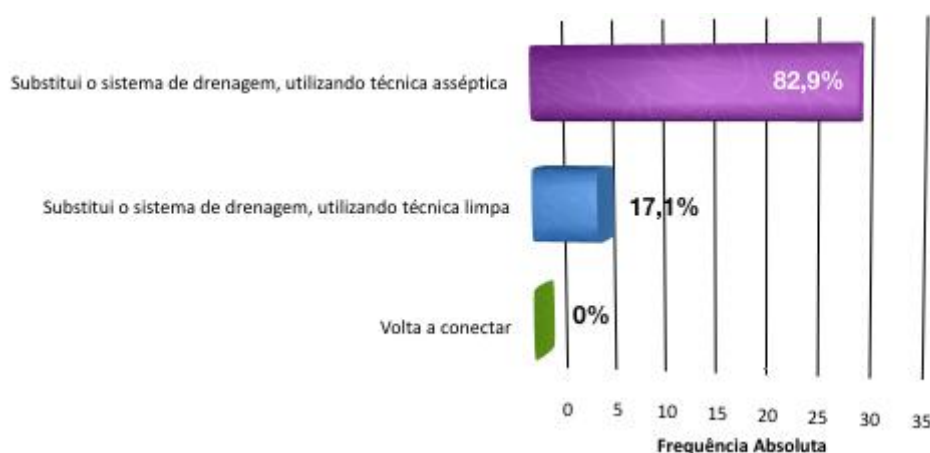


Gráfico 24 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao procedimento perante a desconexão do sistema de drenagem

3.2.2.5. Utilização de suporte para colocação do saco colector de urina

Da leitura do **Quadro 29**, pode verificar-se que a totalidade dos Enfermeiros, 100% (35) utiliza suporte para a colocação do saco colector de urina. Segundo a Norma n.º II/2009, este é o procedimento correcto, pois o saco colector de urina deve ser colocado num suporte que previna o contacto com o chão e a contaminação da torneira de despejo.

Quadro 29 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à utilização de suporte para colocação do saco colector de urina

Utilização de suporte para colocação do saco colector de urina	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Sim	35	100	100
Não	0	0	-
Total	35	100	-

3.2.2.6. Prevenção do refluxo de urina para a bexiga

Segundo o **Quadro 30** e o **Gráfico 25**, que representam o comportamento dos Enfermeiros para a prevenção do refluxo de urina para bexiga, a maioria dos Enfermeiros, 77,1% (27), afirma ensinar o cliente/família a transportar o saco abaixo do nível da bexiga, o que está de acordo com os autores, Potter e Perry (2006), quando referem que deve ser efectuado o ensino ao cliente, ou à pessoa significativa, para transportar o saco colector abaixo do nível da bexiga.

Quanto à utilização de sacos de drenagem com válvula anti-refluxo, 62,9% (22) dos Enfermeiros, afirmam usar este dispositivo, o que se encontra de acordo com os autores Potter e Perry (2006), que referem que o saco colector de urina tem de possuir um sistema anti-refluxo.

Relativamente ao procedimento de clampar os sacos de drenagem durante um curto período de tempo, quando existe necessidade deste estar acima do nível da bexiga, 37,1% (13) Enfermeiros fazem-no. Este procedimento encontra-se de acordo com Pratt *et al.* (2001), citado por Wilson (2003). Estes referem que quando não há qualquer possibilidade de manter o refluxo descendente da urina, o tubo deve ser clampado por um curto período até se restabelecer a drenagem correcta.

Todos os Enfermeiros consideram necessário prevenir o refluxo de urina.

Quadro 30 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à prevenção do refluxo de urina para a bexiga

Prevenção do refluxo de urina para a bexiga	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Ensina o cliente/família a transportar o saco abaixo do nível da bexiga	27	77,1
Utiliza saco de drenagem com válvula anti-refluxo	22	62,9
Clampa durante um curto período de tempo, quando existe necessidade do saco estar acima do nível da bexiga	13	37,1
Não considera necessário prevenir o refluxo se for por um curto período de tempo	0	0

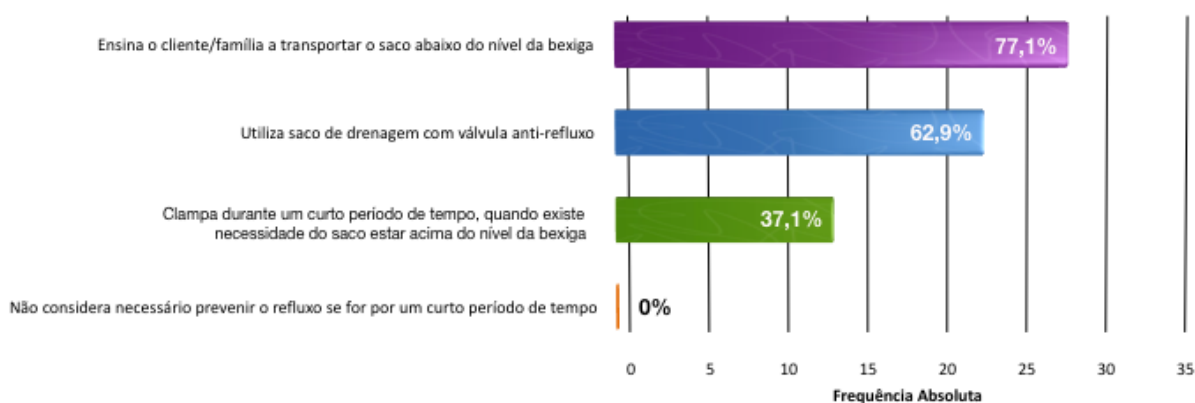


Gráfico 25 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à prevenção do refluxo de urina para a bexiga

3.2.2.7. Momento da realização da técnica de irrigação

Quanto à distribuição da amostra relativamente ao momento de realização da técnica de irrigação, presente em estudo no **Quadro 31** e no **Gráfico 26**, pode inferir-se que a maioria dos Enfermeiros, 97,1% (34), realiza esta técnica aquando da ocorrência de obstrução do sistema de drenagem; 85,7% (30) dos Enfermeiros efectuem este procedimento por razões clínicas específicas e apenas 22,9% (8) dos Enfermeiros realizam esta acção para testar a permeabilidade do sistema de drenagem. Nenhum Enfermeiro, 0%, executa esta técnica para prevenir a infecção.

De acordo com o preconizado pela Norma n.º II/2009, a irrigação é uma técnica que deve ser evitada a não ser que haja obstrução e efectuada apenas por razões clínicas específicas, pois não previne a infecção associada à cateterização vesical.

Quadro 31 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da realização da técnica de irrigação

Momento da realização da técnica de irrigação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Quando há obstrução	34	97,1
Por razões clínicas específicas	30	85,7
Para testar a permeabilidade	8	22,9
Para prevenir infecções	0	0



Gráfico 26 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da realização da técnica de irrigação

3.2.2.8. Realização da técnica de irrigação

Da leitura do **Quadro 32** e do **Gráfico 27**, quanto ao modo como se realiza a técnica de irrigação, pode-se verificar que a maioria dos Enfermeiros 94,3% (33), utiliza técnica asséptica, o que está de acordo com o preconizado pela Norma n.º II/2009, e apenas 5,7% (2) utilizam técnica limpa.

Relativamente à desinfecção da junção do cateter com a tubuladura, 88,6% (31) dos Enfermeiros realizam este procedimento antes da desconexão, enquanto 37,1% (13) dos Enfermeiros fazem-no depois da desconexão. De acordo com o preconizado pela Norma n.º II/2009, para a realização da técnica de irrigação, deve-se desinfetar a junção do cateter com a tubuladura do sistema de drenagem antes da desconexão.

Quanto ao soluto utilizado para a técnica de irrigação, 85,7% dos Enfermeiros (30) utilizam solução estéril, o que se encontra de acordo com o recomendado pela Norma n.º II/2009. Nenhum Enfermeiro, 0%, utiliza água.

Quadro 32 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização da técnica de irrigação

Realização da técnica de irrigação	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Utiliza técnica asséptica	33	94,3
Utiliza técnica limpa	2	5,7
Desinfecta a junção do cateter com a tubuladura do mesmo antes da desconexão	31	88,6
Desinfecta a junção do cateter com a tubuladura do mesmo depois da desconexão	13	37,1
Utiliza solução estéril para a irrigação	30	85,7
Utiliza água	0	0

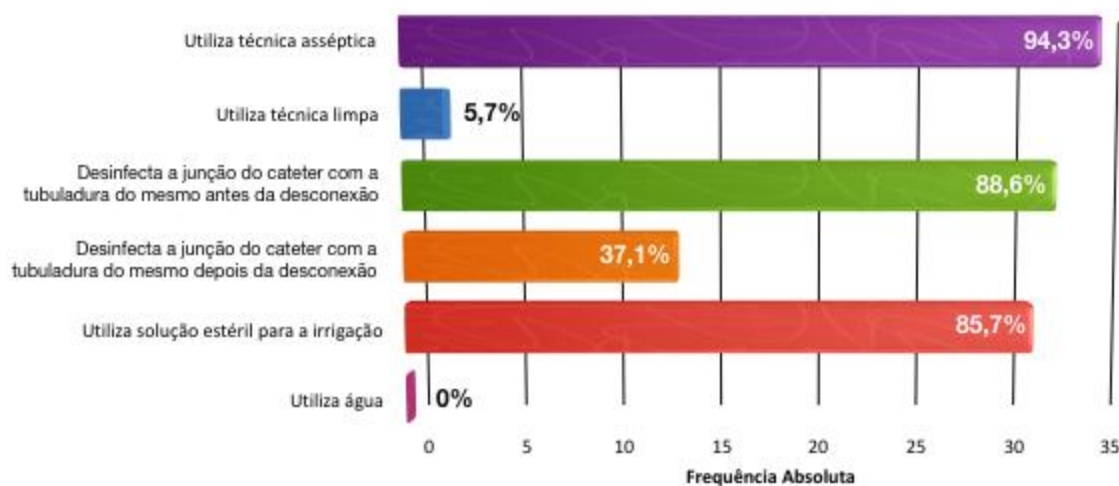


Gráfico 27 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à realização da técnica de irrigação

3.2.2.9. Quem efectua o despejo do saco de drenagem

Segundo o **Quadro 33** e o **Gráfico 28**, verifica-se que o despejo do saco de drenagem é feito na maioria, 97,1% (34) pelo Auxiliar de Acção Médica.

A opção “Enfermeiro” foi seleccionada por 5,7% (2) dos Enfermeiros; apenas 2,9% (1) referem que o despejo do saco de drenagem é efectuado pelos estudantes de enfermagem.

Segundo o preconizado pela Norma n.º II/2009, a inserção e manipulação do cateter vesical e sistema de drenagem devem ser apenas realizados por profissionais com formação adequada.

A opção “Auxiliar de limpeza” foi seleccionada por 2,9% (1) dos Enfermeiros. Podemos ainda verificar que o despejo do saco de drenagem não é efectuado por médicos.

Quadro 33 - Distribuição dos Enfermeiros quanto a quem efectua o despejo do saco de drenagem

Quem efectua o despejo do saco de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Auxiliar de Acção Médica	34	97,1
Enfermeiro	2	5,7
Estudante de Enfermagem	1	2,9
Auxiliar de Limpeza	1	2,9
Médico	0	0

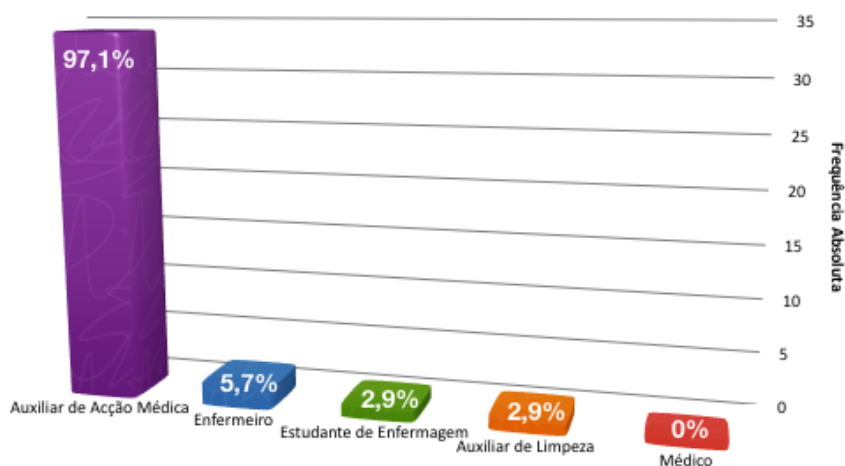


Gráfico 28 - Distribuição dos Enfermeiros quanto a quem efectua o despejo do saco de drenagem

3.2.2.10. Momento do despejo do saco de drenagem

A partir da análise do **Quadro 34** e do **Gráfico 29** é possível constatar que dos 2 Enfermeiros que seleccionaram, na questão “O despejo do saco de drenagem é efectuado, no seu serviço, pelo ...”, a opção “Enfermeiro”, 50% (1) realizam o despejo do saco de drenagem quando estivesse a meio da sua capacidade, o que segundo a Norma n.º II/2009, é o procedimento correcto, pois o saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade, evitando assim o fluxo de urina. O despejo do saco de drenagem quando este estava no máximo da sua capacidade é efectuado por 50% (1) dos Enfermeiros.

Quadro 34 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento do despejo do saco de drenagem

Momento do despejo do saco de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Quando estiver a meio da sua capacidade	1	50	50
Quando estiver no máximo da sua capacidade	1	50	100
Total	2	100	-

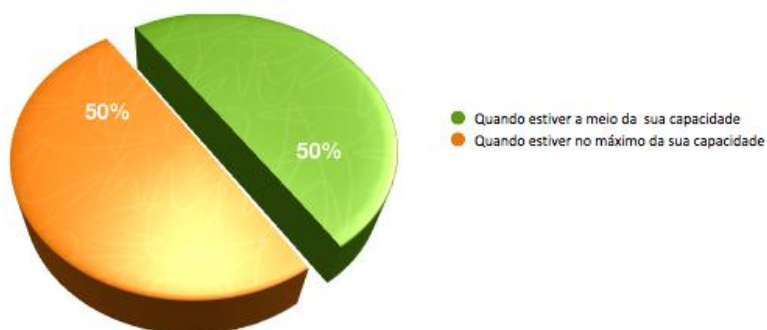


Gráfico 29 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento do despejo do saco de drenagem

3.2.2.11. Recipiente para o despejo do saco de drenagem

A realizar a análise do **Quadro 35** e do **Gráfico 30**, inferiu-se que, dos 2 Enfermeiros que seleccionaram, na questão “*O despejo do saco de drenagem é efectuado, no seu serviço, pelo ...*”, a opção “*Enfermeiro*”, 50% (1) dos Enfermeiros utilizam um recipiente limpo para o despejo do saco de drenagem, o que se encontra de acordo com o preconizado pela Norma n.º II/2009, pois esta afirma que em cada despejo, deve ser usado um recipiente limpo e individualizado.

Quanto ao uso de um recipiente estéril para o despejo do saco de drenagem esta opção foi referida por 50% (1) dos Enfermeiros. Este facto encontra-se em discordância com Frederico e Leitão (1999), pois estes defendem que os Enfermeiros devem ter em consideração os recursos materiais utilizados, utilizando-os correctamente e para o fim a que se destinam e a opção pelo recipiente estéril não é o recurso adequado.

Nenhum Enfermeiro 0% utiliza o mesmo recipiente entre clientes.

Quadro 35 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao recipiente utilizado para o despejo do saco de drenagem

Recipiente para o despejo do saco de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Utiliza um recipiente limpo	1	50	50
Utiliza um recipiente estéril	1	50	100
Utiliza o mesmo recipiente	0	0	-
Total	2	100	-

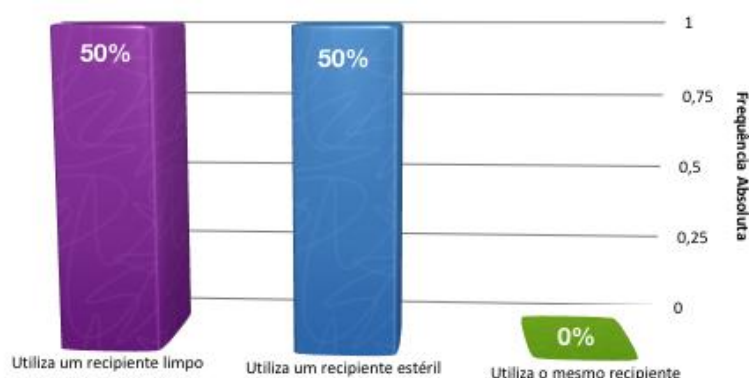


Gráfico 30 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao recipiente utilizado para o despejo do saco de drenagem

3.2.2.12. Barreiras de protecção utilizadas para o despejo do saco de drenagem

Analisando o **Quadro 36** e o **Gráfico 31**, verifica-se que todos os Enfermeiros, 100% (2), que seleccionaram, na questão “*O despejo do saco de drenagem é efectuado, no seu serviço, pelo ...*”, a opção “*Enfermeiro*”, utilizam luvas limpas como barreiras de protecção para o despejo do saco de drenagem. Nenhum Enfermeiro, 0%, refere utilizar luvas “palhaço” sendo estas as recomendadas pela Norma n.º II/2009 para o despejo do saco de drenagem.

A utilização de luvas estéreis e a não utilização de luvas foram opções não contempladas pelos Enfermeiros.

Quadro 36 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às barreiras de protecção utilizadas para o despejo do saco de drenagem

Barreiras de protecção utilizadas para o despejo do saco de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Utiliza luvas limpas	2	100	100
Utiliza luvas "palhaço"	0	0	-
Utiliza luvas estéreis	0	0	-
Não utiliza luvas	0	0	-
Total	2	100	-

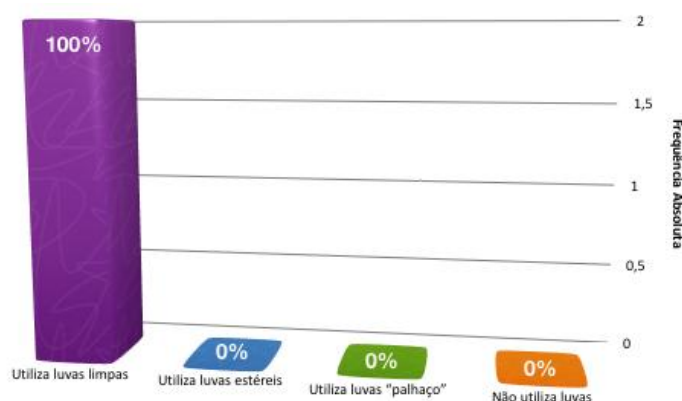


Gráfico 31 - Distribuição dos Enfermeiros quanto às barreiras de protecção utilizadas para o despejo do saco de drenagem

3.2.2.13. Momento da substituição do saco de drenagem

No que concerne ao momento da substituição do saco de drenagem, pode observar-se a partir do **Quadro 37** e do **Gráfico 32**, que a maioria dos Enfermeiros 94,3% (33) substitui o saco de drenagem quando este não se encontra íntegro; 88,6% (31) dos Enfermeiros realizam esta substituição quando ocorre desconexão acidental; 71,4% (25) dos Enfermeiros substituem o saco quando se verifica acumulação de sedimento e 42,9% (15) dos Enfermeiros realizam este procedimento quando se verifica um cheiro desagradável.

Todos estes procedimentos encontram-se de acordo com o que é preconizado pela Norma n.º II/2009, dado que a substituição do saco de drenagem deve ser efectuada na altura de mudança do cateter vesical, quando este estiver danificado ou com fugas, quando se verificar a acumulação de sedimento e/ou coágulos e quando se verificar cheiro desagradável ou houver desconexão acidental do saco e/ou sistema.

Apenas 37,1% (13) Enfermeiros substituem o saco de drenagem em períodos fixos, o que não se encontra de acordo com a Norma n.º II/2009, pois o saco de drenagem não deve ser substituído por rotina, ou seja em períodos fixos.

Todos os Enfermeiros realizavam a substituição do saco de drenagem.

Quadro 37 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da substituição do saco de drenagem

Momento da substituição do saco de drenagem	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Quando não está íntegro	33	94,3
Quando ocorre desconexão acidental	31	88,6
Quando se verifica acumulação de sedimento	25	71,4
Quando se verifica cheiro desagradável	15	42,9
Em períodos fixos	13	37,1
Não realiza	0	0

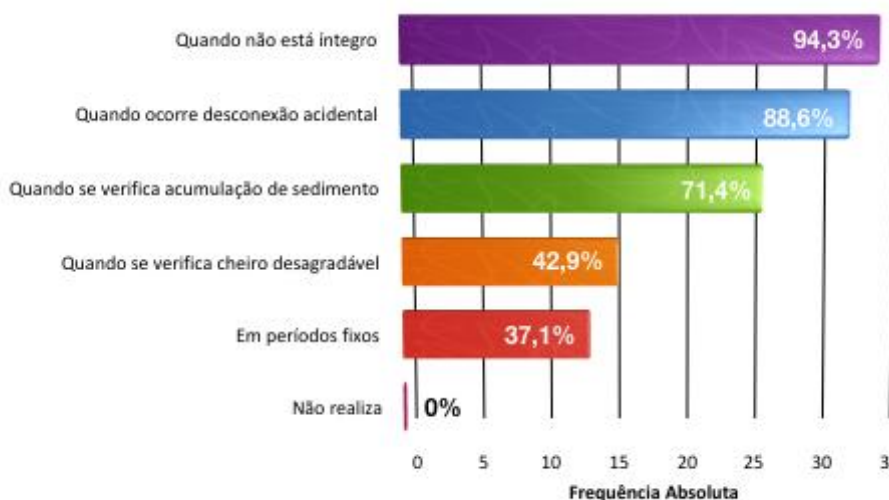


Gráfico 32 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao momento da substituição do saco de drenagem

3.2.2.14. Colheita de urina asséptica

Quanto à distribuição da amostra relativamente à realização de colheita de urina asséptica, presente em estudo no **Quadro 38** e no **Gráfico 33**, pode inferir-se que 97,1% (34) dos Enfermeiros realizam a colheita de urina asséptica em local próprio no tubo de drenagem e 17,1% (6) dos Enfermeiros realizam esta colheita por punção do cateter, o que está de acordo com a Norma n.º II/2009, que recomenda que as colheitas de urina

asséptica sejam efectuadas em local próprio no tubo de drenagem ou por punção do cateter.

Quanto ao tipo de luvas utilizadas para a colheita de urina asséptica, 68,6% (24) dos Enfermeiros referem utilizar luvas esterilizadas para a realização deste procedimento, o que consiste no procedimento correcto pois segundo a Norma n.º II/2009, na colheita de urina asséptica deve ser utilizado material estéril (agulha e seringa) e técnica asséptica. Apenas 20% (7) Enfermeiros utilizam luvas limpas.

Quadro 38 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à colheita de urina asséptica

Colheita de urina asséptica	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Em local próprio no tubo de drenagem	34	97,1
Por punção do cateter	6	17,1
Utiliza luvas esterilizadas	24	68,6
Utiliza luvas limpas	7	20

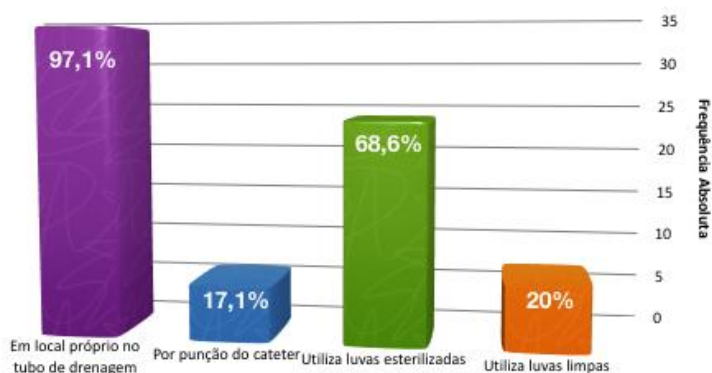


Gráfico 33 - Distribuição dos Enfermeiros quanto à colheita de urina asséptica

3.2.3. Dimensão – Remoção do Cateter Vesical

3.2.3.1. Cuidados com as mãos antes da remoção do cateter vesical

Pela análise do **Quadro 39** e do **Gráfico 34**, relativa aos cuidados que os Enfermeiros têm com as mãos antes da remoção do cateter vesical, pode-se constatar que 82,9% (29) dos Enfermeiros realizam a lavagem higiénica das mãos antes da preparação do material e 28,6% (10) dos Enfermeiros aplicam solução antisséptica antes desta preparação; 45,7% (16) dos Enfermeiros realizam a lavagem higiénica das mãos antes de calçar as luvas sendo que 25,7% (9) aplicam solução antisséptica antes de as calçar.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), deve-se lavar as mãos e aplicar solução antisséptica antes de preparar o material e lavar e desinfetar as mãos antes de calçar luvas limpas.

Pode-se verificar ainda que todos os enfermeiros realizam a lavagem das mãos antes da remoção do cateter vesical e que 5,7% (2) dos Enfermeiros não utilizam na lavagem solução antisséptica.

Quadro 39 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos cuidados com as mãos antes da remoção do cateter vesical

Cuidados com as mãos antes da remoção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Realiza lavagem higiénica das mãos antes da preparação do material	29	82,9
Aplica solução antisséptica antes da preparação do material	10	28,6
Realiza lavagem higiénica das mãos antes de calçar as luvas	16	45,7
Aplica solução antisséptica antes de calçar as luvas	9	25,7
Não realiza lavagem das mãos	0	0
Não aplica solução antisséptica	2	5,7



Gráfico 34 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos cuidados com as mãos antes da remoção do cateter vesical

3.2.3.2. Cuidado de higiene que realiza ao meato urinário antes da remoção do cateter

De acordo com o Quadro 40 e o Gráfico 35, relativamente ao cuidado de higiene realizado à área genital antes da remoção do cateter vesical, 54,3% (19) dos Enfermeiros realizam limpeza com água e sabão, sendo que 14,3% (5) realizam este

cuidado com solução estéril. De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), deve-se limpar o meato urinário e a região peri-uretral com solução estéril, antes de remover o cateter vesical.

O uso de solução antisséptica para o cuidado de higiene ao meato urinário é realizado por 8,6% (3) dos Enfermeiros e 22,9% (8) não realizam qualquer cuidado à área genital antes da remoção do cateter vesical.

Quadro 40 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao cuidado de higiene ao meato urinário antes da remoção do cateter vesical

Cuidado de higiene ao meato urinário antes da remoção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Realiza lavagem com água e sabão	19	54,3	54,3
Realiza limpeza com solução estéril	5	14,3	68,6
Realiza limpeza com solução antisséptica	3	8,6	77,2
Não realiza	8	22,9	100
Total	35	100	-

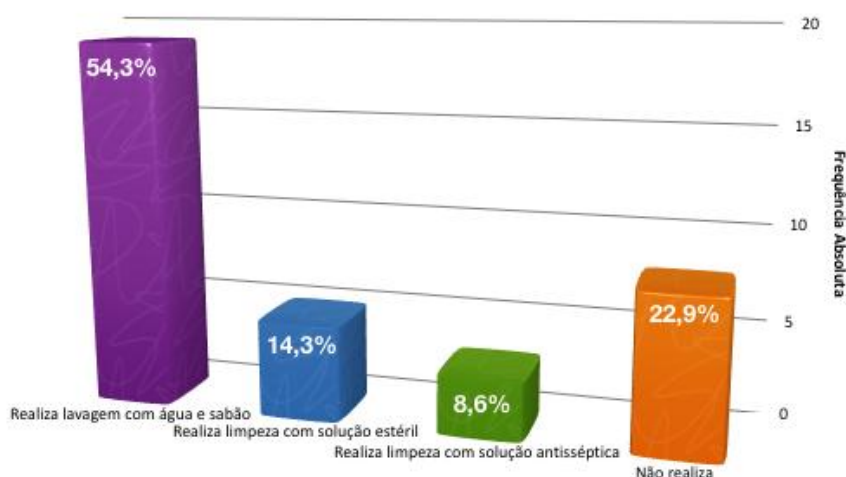


Gráfico 35 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao cuidado de higiene ao meato urinário antes da remoção do cateter vesical

3.2.3.3. Cuidado de higiene que realiza ao meato urinário após a remoção do cateter vesical

De acordo com a análise do Quadro 41 e do Gráfico 36, 54,3% (19) dos Enfermeiros realizam o cuidado de higiene ao meato urinário após a remoção do cateter vesical com

água e sabão, enquanto 17,1% (6) realizam esta limpeza com solução estéril. De acordo com as recomendações do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), preconiza-se que, após a remoção do cateter vesical se deve limpar novamente o meato urinário e a região peri-uretral com soro fisiológico.

O cuidado de higiene ao meato urinário, após a remoção do cateter vesical, com solução antisséptica é realizado por 5,7% (2) dos Enfermeiros e 22,9% (8) não efectuam qualquer tipo de cuidados de higiene à área genital após a remoção do cateter vesical.

Quadro 41 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao cuidado de higiene ao meato urinário após a remoção do cateter vesical

Cuidado de higiene ao meato urinário após a remoção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %	Frequência Relativa Acumulada %
Realiza lavagem com água e sabão	19	54,3	60
Realiza limpeza com solução estéril	6	17,1	77,1
Realiza limpeza com solução antisséptica	2	5,7	82,8
Não realiza	8	22,9	100
Total	35	100	-



Gráfico 36 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao cuidado de higiene ao meato urinário após a remoção do cateter vesical

3.2.3.4. Registos nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical

No que concerne ao registo nas Notas de Enfermagem, como se pode observar no **Quadro 42** e no **Gráfico 37**, os registos mais efectuados, são os referentes à eliminação após a remoção do cateter vesical e o da data de remoção, 85,7% (30) para cada

categoria; 80% (28) dos Enfermeiros registam a indicação para a remoção do cateter; 77,1% (27) registam com o seu nome legível; 48,6% (17) registam a hora de remoção do cateter vesical; 14,3% (5) dos Enfermeiros registam o volume do balão e apenas 2,9% (1) afirmam registar o calibre do cateter bem como o tipo de cateter, 2,9% (1).

Segundo a Norma n.º II/2009, todos os procedimentos que envolvam o cateter vesical e o sistema de drenagem devem ser registados nas notas de enfermagem, devendo incluir-se o nome legível do profissional que executa o procedimento, a data e a hora da inserção, o tipo e o calibre do cateter vesical e o volume de água bidestilada que o balão contém.

Para além dos referidos anteriormente e segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004), após a remoção do cateter vesical é imprescindível o registo nas notas de enfermagem, do motivo da remoção do cateter vesical bem como a primeira eliminação vesical após a sua remoção.

Não há nenhum Enfermeiro, 0%, que não efectue qualquer registo.

Quadro 42 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical

Registos nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical	Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Eliminação após remoção do cateter	30	85,7
Data de remoção do cateter	30	85,7
Indicação para remoção do cateter	28	80
Nome legível do profissional	27	77,1
Hora de remoção	17	48,6
Volume do balão	5	14,3
Tipo de cateter	1	2,9
Calibre do cateter	1	2,9
Não regista	0	0

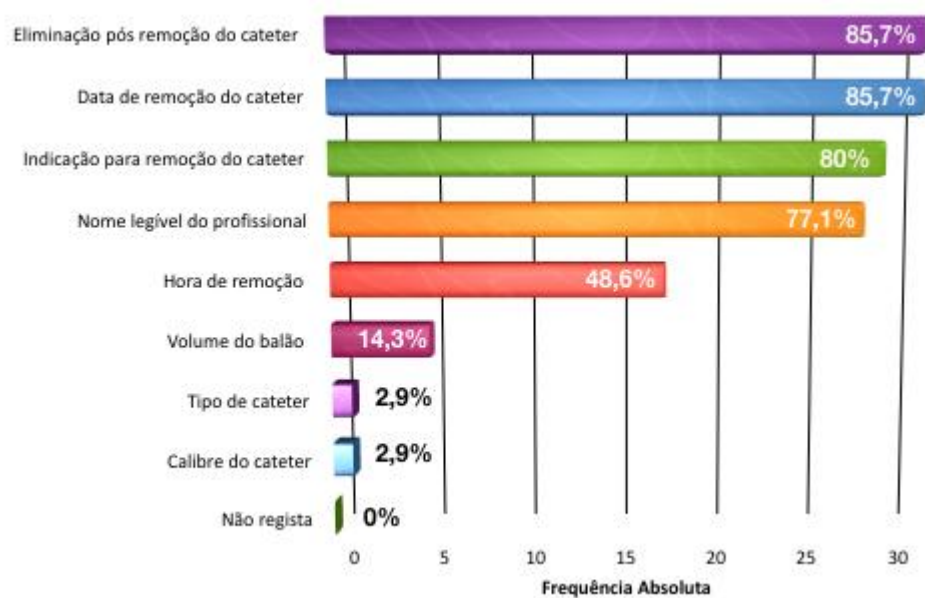


Gráfico 37 - Distribuição dos Enfermeiros quanto aos registos nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical

4. Conclusão

Neste capítulo as autoras apresentam as conclusões mais pertinentes do seu estudo de investigação, face aos resultados obtidos. Efectuam a síntese do conjunto dos resultados discutidos e que colocam em evidência novos elementos.

Seguindo uma abordagem quantitativa, foi realizado um estudo descritivo simples, em que a questão inicial foi: Quais são os cuidados de Enfermagem, num serviço de Medicina, na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial. Nesta perspectiva, o objectivo estabelecido foi conhecer os cuidados realizados pelos Enfermeiros, num serviço de Medicina, na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

Foi estudada uma amostra constituída por 35 Enfermeiros que prestam cuidados nos Serviços de Medicina 3 e 4 do HSFX – CHLO. Como instrumento de recolha de dados foi elaborado e aplicado um questionário.

Os principais resultados que se obtiveram em relação à Caracterização da Amostra foram os seguintes:

- A maioria dos Enfermeiros (80%) encontra-se na **classe etária** entre os 21 e os 30 anos e é do **género** feminino (71,4%). Relativamente às **habilitações académicas**, 91,4% dos Enfermeiros possuem o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Quanto ao **tempo de exercício profissional**, e ao **tempo de exercício no serviço** a maioria dos Enfermeiros (51,4% e 82,9%, respectivamente) exerce funções há menos de 2 anos, resultados estes que encontram justificação nos dados apurados quanto à idade. Relativamente à **formação específica** sobre as Recomendações para a Prevenção da Infecção Associada à Cateterização Vesical, 68,6% dos Enfermeiros referem ter obtido este tipo de formação, para além da efectuada na Licenciatura, sendo que o **local de realização da formação** de todos foi a Instituição. A maioria dos Enfermeiros (97,1%) tem conhecimento da existência no serviço de um **protocolo para a cateterização vesical**.

No que respeita à Inserção do cateter vesical:

- Quanto à **lavagem das mãos**, o momento em que mais Enfermeiros realizam este procedimento (82,9%) é antes da preparação do material. Verifica-se que o momento onde um menor número de Enfermeiros (34,3%) realiza este procedimento é após a realização dos cuidados de higiene à área genital. Para a **lavagem e desinfecção das mãos**, apenas 37,1% dos Enfermeiros utilizam água e sabão e solução antisséptica.

- Da totalidade dos Enfermeiros, 80%, têm conhecimento da **existência de kits no serviço para a cateterização vesical**.

- Maioritariamente, na **selecção do cateter vesical**, 88,6% dos Enfermeiros fá-la de acordo com a duração prevista da cateterização, contrastando com uma minoria de 37,1% Enfermeiros que têm em conta as alergias do cliente. Em relação à **preferência do calibre do cateter vesical**, verifica-se que 88,6% dão preferência ao menor calibre.

- Quanto à **frequência da realização dos cuidados de higiene à área genital**, é de se salientar que a maioria dos Enfermeiros 97,1% realiza sempre este procedimento. Para a realização destes **cuidados** 88,6% Enfermeiros utilizam barreiras de protecção; 80% utilizam água e sabão. Salienta-se que 5,7% utilizam luvas esterilizadas nestes cuidados, o que se considera uma utilização desnecessária de recursos materiais hospitalares.

- A maioria dos Enfermeiros (94,3%) utiliza luvas esterilizadas, como **barreira de protecção no momento da inserção do cateter vesical**. Quanto ao **soluto utilizado na limpeza do meato urinário**, a maioria dos Enfermeiros (74,3%) utiliza solução estéril, enquanto 5,7% não realiza esta limpeza.

- A totalidade dos Enfermeiros (100%) utiliza água bidestilada como **soluto para a dilatação do balão** e quanto ao **volume de soluto utilizado nesta dilatação**, a maioria (97,1%) selecciona esse volume de acordo com as indicações do fabricante.

- Quanto ao **local de fixação do cateter vesical**, 37,1% dos Enfermeiros fixam o cateter, no género masculino na região superior da coxa e 57,1%, fixam, no género feminino, na face interna da coxa. É de evidenciar que 11,4% dos enfermeiros não fixam o cateter no género masculino e 17,1% não o fazem no género feminino.

- Nas **Notas de Enfermagem** o tipo e o calibre do cateter vesical são os registos mais frequentes, tendo 97,1% dos Enfermeiros seleccionado estas opções.

No que respeita à Manutenção do cateter vesical:

- A maioria dos Enfermeiros (77,1%) realiza a **lavagem das mãos** antes e após a manipulação do sistema de drenagem.

- Quanto ao **tipo de luvas** utilizadas para esta manipulação, a maioria dos Enfermeiros (77,1%) utiliza luvas limpas, mas é de referir que 22,9% dos Enfermeiros utilizam luvas esterilizadas.

- Relativamente à **limpeza do sistema de drenagem**, 71,4% dos Enfermeiros, quando realizam esta limpeza trocam o adesivo que fixava o sistema; 42,9% dos Enfermeiros utilizam água e sabão e 5,7% dos Enfermeiros, não realizam este procedimento, o que pode contribuir para um aumento de risco de ITUs.

- Perante a **desconexão do sistema de drenagem**, 82,9% dos Enfermeiros substituem-no com técnica asséptica.

- Todos os Enfermeiros utilizam **suporte para a colocação do saco colector**. Para a **prevenção do refluxo de urina para a bexiga**, a maioria dos Enfermeiros (77,1%) realiza ensino ao cliente/família sobre a forma como transportar o saco de drenagem. A urina existente no saco e no tubo é um meio propício à proliferação de bactérias e é possível desenvolver uma infecção, se a urina refluir. Daí a importância destes ensinamentos, pois podem evitar o refluxo.

- Quanto ao **momento da realização da técnica de irrigação**, a maioria dos enfermeiros realiza este procedimento quando existe obstrução (97,1%) ou por razões clínicas específicas (85,7%). Porém, 22,9% dos Enfermeiros, realizam esta técnica para testar a permeabilidade. Para a **realização da técnica**, 94,3% dos Enfermeiros, utilizam técnica asséptica, contudo 5,7% dos Enfermeiros utilizam técnica limpa. Relativamente à desinfecção da junção do cateter com a tubuladura, 88,6% fazem-no antes da desconexão, todavia, 37,1% ainda o realiza depois da desconexão. A maioria dos Enfermeiros, 85,7%, utiliza solução estéril para este procedimento.

- Uma minoria de Enfermeiros (5,7%) realiza o **despejo do saco de drenagem**, sendo esta uma tarefa delegada aos auxiliares de acção médica. Os 2 Enfermeiros que realizam o despejo do saco de drenagem, fazem-no em **momentos** distintos, tendo existido igual número de percentagens (50%), tanto para a opção “*Quando estiver a meio da sua capacidade*” como para a opção “*Quando estiver no máximo da sua capacidade*”. Quanto à questão relativa ao **recipiente utilizado** para este despejo, também houve um igual número de percentagens 50%, para as opções “*recipiente limpo*” e “*recipiente estéril*”. Ambos os Enfermeiros utilizam como **barreiras de protecção** luvas limpas para a realização do despejo.

- Quanto ao **momento da substituição do saco de drenagem**, a maioria dos Enfermeiros (94,3%) realiza esta substituição quando o saco não se encontra íntegro, porém 37,1% dos Enfermeiros realiza este procedimento em períodos fixos.

- Relativamente à **colheita de urina asséptica**, a maioria dos Enfermeiros realiza esta colheita em local próprio no tubo de drenagem (97,1%) e utiliza luvas esterilizadas para este procedimento (68,6%). No entanto, 20% dos Enfermeiros utilizam luvas limpas para este procedimento.

No que respeita à Remoção do cateter vesical:

- Relativamente aos **cuidados com as mãos antes da remoção** do cateter vesical, a maioria dos Enfermeiros (82,9%) realiza esta lavagem antes da preparação do material e só 45,7% realizam após esta preparação.

- Quanto ao **cuidado de higiene ao meato urinário antes da remoção** do cateter vesical, apenas 14,3% realizam com solução estéril, sendo que 22,9% não realizam este cuidado. Relativamente ao **cuidado de higiene ao meato urinário após a remoção** do cateter vesical apenas 17,1% realizam limpeza com solução estéril, sendo que 22,9% não realizam este procedimento.

- Nas **Notas de Enfermagem** os registos mais comuns são a eliminação pós remoção do cateter e a data de remoção do mesmo, tendo sido estas opções seleccionadas pela maioria dos Enfermeiros 85,7%. Contudo, existem notas relevantes que são omitidas.

As autoras consideram que os resultados obtidos vieram dar resposta à sua questão de investigação e que o objectivo delineado, inicialmente, foi alcançado. As metas traçadas no cronograma foram cumpridas, com alguma flexibilidade e ajustes.

Realizando uma retrospectiva quanto à elaboração deste estudo, as autoras consideram que todo o desenho de investigação foi elaborado e cumprido de forma rigorosa e autêntica.

Foi um trabalho que deu às autoras imenso prazer realizar, sendo que, cada nova etapa vencida e ultrapassada deu a motivação necessária para prosseguir em frente. Apesar das dificuldades sentidas, as autoras consideram que este estudo proporcionou uma aprendizagem enriquecedora na área de investigação quantitativa.

5. Implicações e Limitações

A realização deste estudo constituiu para as autoras um constante desafio. Inicialmente abraçámos este trabalho num misto de receio e de curiosidade, mas com vontade de explorar novos caminhos. Foi um caminho longo e difícil de percorrer, um processo por vezes lento, com indecisões, dúvidas, incertezas e com alguns avanços e recuos.

No decorrer da elaboração de trabalhos científicos é usual ocorrerem determinados condicionamentos, quer no âmbito da pesquisa, aceitabilidade e disponibilidade dos participantes ou incidentes espaço-temporais.

Ao longo do trabalho foram encontrados algumas limitações, mas que foram ultrapassadas, tendo-se delas retirado importantes aprendizagens.

As **limitações** encontradas no decorrer deste estudo foram:

- Destaca-se como principal limitação o factor tempo, que condicionou os *timings* estabelecidos para a realização de algumas das etapas deste trabalho. Como exemplo refere-se a demora na obtenção da autorização para a realização do pré-teste, o que condicionou o início da aplicação dos instrumentos de recolha de dados;

- Outra limitação consistiu na pouca experiência das autoras na realização de estudos de investigação, o que obrigou a um esforço acrescido na análise dos resultados obtidos;

- O facto de as autoras não terem encontrado muitos estudos de investigação relacionados especificamente com o presente tema;

- As autoras referem também como limitação a dificuldade para a adesão por parte dos Enfermeiros no preenchimento do instrumento de recolha de dados, tendo as autoras que recorrer à instituição várias vezes para incentivar a sua participação.

Da realização do presente trabalho decorreram algumas **implicações**, estas resultam da “*conclusão e relacionam-se com os conhecimentos adquiridos, com a teoria e com a prática profissional*” (Fortin, 2009, p. 485).

Como implicações pessoais a realização do presente trabalho permitiu adquirir, aprofundar e mobilizar conhecimentos na área da cateterização vesical, o que contribuirá, seguramente, para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Proporcionou ainda uma aprendizagem enriquecedora na área da investigação e despertou interesse pela investigação em enfermagem. As autoras compreendem que a investigação em enfermagem é essencial para a evolução e autonomia da profissão, pois visa o estabelecimento de uma base científica para guiar a prática diária.

As autoras consideram que uma vez que as instituições fornecem aos profissionais de enfermagem formação específica sobre a presente temática e que, como se pode verificar nos resultados obtidos da presente investigação muitas das recomendações não são respeitadas, é importante compreender a forma como estes captam e aceitam, ou não, as informações. É importante que alguns comportamentos se modifiquem e sigam, as boas práticas de enfermagem.

Como veículo facilitador de mudança de comportamentos, as autoras consideram essencial a apresentação dos resultados nos serviços envolvidos. A difusão dos mesmos pode ser efectuada através da publicação em revistas para diferentes públicos, comunicações orais e posters em encontros científicos.

6. Sugestões

Após a análise dos resultados obtidos as autoras consideram fundamental o empenhamento e a melhoria dos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cateterismo vesical, de forma a diminuir a percentagem de procedimentos incorrectos que se verificaram durante a elaboração deste estudo.

Devido à pertinência do tema sugere-se que seja dada continuidade a esta investigação, através da realização de outros estudos, com o objectivo de conhecer os factores que levam os Enfermeiros a não cumprir as recomendações para a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical. Como foi exposto neste trabalho, a realização de correctos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cateterismo vesical é fulcral para a prevenção da infecção nosocomial.

As autoras consideram oportuna a elaboração de um estudo sobre o mesmo tema, mas utilizando a triangulação de métodos de colheita de dados, através da utilização de um questionário para conhecer os cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cateterismo vesical e a utilização de uma grelha de observação aos cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cateterismo vesical, para avaliação da sua aplicação prática.

As autoras consideram ainda pertinente a realização de um estudo a fim de compreender a percepção do cliente relativamente aos cuidados de enfermagem com o cateterismo vesical. Também seria interessante a realização de um estudo experimental em que se relacionassem os cuidados de enfermagem prestados aos clientes com cateterismo vesical e as infecções do tracto urinário associadas à cateterização vesical.

Sugere-se ainda que este estudo seja efectuado noutros locais, para além do serviço de medicina.

7. Referências Bibliográficas

- Arantes, A., Carvalho, E., Medeiros, E., Farhat, C. e Mantese, O. (2003). *Uso de diagramas de controle na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares*. Disponível *on-line*: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600012. Último acesso em: 07-03-2009.
- Azevedo, M. (2006). *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares – Sugestões para a Estruturação da Escrita*. (5ª ed). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: Um guia para a pesquisa em Ciências Sociais e da Educação*. (1ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bolick, D., Brady, C., Bruner, D., Gdeistein, S., Lane, K., McLoughlin, M., Nelson, A., Rutherford, M., Pfalzer, L., Storer, T. e Zeccordi, J. (2000). *Segurança e Controlo de Infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso.
- Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. *Diário da República* n.º 206/99 – I Série A.
- Direcção-Geral de Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Frederico, M. e Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. (1º ed.). Coimbra: Formasau.
- Goyette, G., Lessard-Hébert, M. e Boutin, G. (2005). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Prática*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget

- Henderson, V. e Nite G. (1967). *Principles and Practice of Nursing*. (6ª ed.). Nova York: Macmillian Publishing Co., Inc.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2003). *Relatório: Inquérito de prevalência de infecção*. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2004). *Recomendações para a prevenção da infecção do tracto urinário – Algaliação de curta duração*. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Lo, E., Nicolle, L., Classen, D., Arias, KM, Podgorny, K., Anderson, DJ *et al.* (2008) *Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol*, volume 29, Suplemento I, pp. 41-50.
- Meers, P., Jacobsen, W. e McPherson, M. (1994). *Hospital Infection Control for Nurses*. Londres: Chapman & Hall.
- Norma n.º II/2009 de 19 de Março. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
- Oliveira, A., Castro, A. e Barbosa, J. (2006). *O conhecimento do Enfermeiro assistencial sobre as acções de prevenção e controle da infecção hospitalar e da multirresistência*. Nursing: Edição Brasileira, v. 105, n.º 9, p. 74-79.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *As Condições de Trabalhos dos Enfermeiros Portugueses. Relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Paulino, C., Tareco, I. e Rojão, M. (1999). *Técnicas e procedimentos em Enfermagem*. (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Pestana, M. (ano desconhecido). “*Infecções do tracto urinário nosocomiais*”. Porto: Hospital de S. João.
- Pina, E. (ano desconhecido). “*Limpeza, Desinfecção e Esterilização*”. Lisboa

- Pinto, M. e Pinto, S. (2004). *Algálias e Algaliasões*. Nursing: Edição Portuguesa, n.º 193, p. 16-19.
- Polit, D., Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Potter, P e Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Reis, E. (2008). *Estatística Descritiva*. (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 de 4 de Dezembro. *Diário da República* n.º 280 – Série I Parte B.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. (1ª ed.). Porto: Legis
- Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia*. (6ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Thomas, N. e Jeffrey, C. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. (2ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Vieira, F. e Abreu, L. (2007). *Acções de Enfermagem para prevenção de infecção do tracto urinário relacionado ao cateter vesical de demora*. *Revista Intensiva*, n.º 10, p. 30-34.
- Vieira, S. e Hoffman, R. (1988). *Elementos de Estatística*. (2ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. (2ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Wood, G. e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- World Health Organization. (2002). *Prevention of Hospital-acquired infections: A practical guide* (2^a ed.). Disponível *on-line*: <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf>. Último acesso em 10-03-2009.

8. Apêndices

Apêndice I

Cronograma

Cronograma 2009

Actividades	Mês/Semanas																			
	Março				Abril				Maio				Junho				Julho			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
1) Escolha do Tema																				
2) Apresentação do Tema																				
3) Revisão Bibliográfica																				
4) Entrega do Projecto							20													
5) Reformulação da Introdução, Revisão da Literatura e Metodologia																				
6) Envio das cartas a pedir autorização à Direcção de Enfermagem e à Comissão de Ética																				
7) Recolha de dados																				
8) Tratamento, análise e interpretação dos resultados																				
9) Relatório de investigação																				
10) Entrega da monografia à orientadora																				
11) Entrega final da monografia																				

Cronograma 2009

Actividades	Mês (Semanas)																			
	Agosto				Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
1) Escolha do Tema																				
2) Apresentação do Tema																				
3) Revisão Bibliográfica																				
4) Entrega do Projecto																				
5) Reformulação da Introdução, Revisão da Literatura e Metodologia																				
6) Envio das cartas a pedir autorização à Direcção de Enfermagem e à Comissão de Ética																				
7) Recolha de dados																				
8) Tratamento, análise e interpretação dos resultados																				
9) Relatório de investigação																				
10) Entrega da monografia à orientadora																				
11) Entrega final da monografia																				18

Apêndice II

Carta a Solicitar a

Autorização

À Direcção de Enfermagem
do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
do Hospital de São Francisco de Xavier

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados da Monografia final de curso, nos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco de Xavier.

Ana Lúcia Marques Lino e Filipa Buzaglo Salema Garção, estudantes do 3º ano de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica, vêm, no âmbito do plano de estudos curriculares, solicitar autorização para realizar a recolha de dados para a sua Monografia que se intitula "**Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Cateterismo Vesical: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial**".

Para a elaboração do estudo as alunas definiram os seguintes objectivos:

- Conhecer os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na inserção do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manutenção do sistema de drenagem do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na remoção do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

O processo de amostragem e a amostra do estudo é probabilística aleatória simples e é constituída por 40 Enfermeiros que prestem cuidados nos Serviços de

Medicina 3 e 4 do Hospital de São Francisco Xavier (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental).

Para a realização desta investigação, de abordagem quantitativa, as alunas optaram por realizar um estudo descritivo simples, de nível I, e pretendem conhecer, através de um questionário, os cuidados preventivos de infecção nosocomial, na manipulação do cateter vesical, realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier.

A recolha de dados será realizada mediante aceitação de participação, através da leitura da carta explicativa do estudo, e da obtenção do consentimento informado (cujo exemplar se encontra em anexo).

Comprometemo-nos, desde já, a respeitar o direito à auto-determinação, à intimidade e à confidencialidade, o direito à protecção contra o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo e disponibilizamo-nos para dar a conhecer, os resultados obtidos após a sua apresentação, se para tal nos forem solicitados.

Antecipadamente gratas

Barcarena, ___ de ____ de 2009

As investigadoras

_____ 912212526

(Ana Lúcia Marques Lino)

_____ 919575848

(Filipa Buzaglo Salema Garção)

Docente Orientadora

_____ 916592068

(Maria João Fernandes)

Apêndice III

Carta de Autorização



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

UNIVERSIDADE ATLÂNTICA
Ao C/ Sr.ª Enf.ª Mª João Sousa Fernandes
Antiga Fábrica da Póvoa de Barcarena
2730 – 036 BARCARENA

Sua Ref.

Sua comunicação

Nossa Ref.

87/DE

Data

05.05.2009

Assunto: **Pedido de estágio**

Em resposta ao v/ofício de 27.04.09 a solicitar autorização para recolha de dados da Monografia do final de curso, nos Serviços de Medicina III e Medicina IV do Hospital S. Francisco Xavier, com o título “**Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Cateterismo Vesical: Medidas de prevenção da Infecção Nosocomial**”, informamos que autorizamos a aplicação do mesmo.

Com os melhores cumprimentos. *Pessoa*

João Fernandes

Apêndice IV

Carta Explicativa do

Estudo e do Consentimento

Carta Explicativa e do Consentimento

As alunas, Ana Lúcia Marques Lino e Filipa Buzaglo Salema Garção, do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, com o propósito de realizar o trabalho científico – Monografia, vêm solicitar a colaboração dos Enfermeiros para a aplicação do instrumento de recolha de dados, Questionário, do estudo cujo tema é **“Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Cateterismo Vesical: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial”**.

Para a elaboração do estudo as alunas definiram os seguintes objectivos:

- Conhecer os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manipulação do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na inserção do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na manutenção do sistema de drenagem do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

- Identificar os cuidados realizados pelos Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4, do Hospital de São Francisco Xavier, na remoção do cateter vesical, como medida de prevenção da infecção nosocomial.

O interesse pelo presente tema surgiu no âmbito dos Ensinos Clínicos de Saúde do Adulto – Especialidades Médicas e Cirúrgicas e suscitou especial atenção pois a cateterização vesical é uma prática frequente na profissão de enfermagem e uma das principais causas de infecção urinária, em ambiente hospitalar.

Para a realização desta investigação as alunas optaram pela abordagem quantitativa, o tipo de estudo é descritivo simples, e pretendem aplicar como

instrumento de recolha de dados o questionário a todos os Enfermeiros dos Serviços de Medicina 3 e 4 do Hospital de São Francisco Xavier.

A sua participação deve ser inteiramente voluntária e os participantes estão livres de a qualquer momento se retirarem do estudo, sem que esta atitude lhes traga prejuízo e sem necessidade de se justificarem.

As informações que advêm do Questionário preenchido pelos Enfermeiros, garantem o anonimato, uma vez que não é colocada a identificação. Os dados recolhidos serão apenas acedidos pelas alunas e orientadora do estudo, Professora Maria João Fernandes.

Os resultados do trabalho serão divulgados aos interessados mediante solicitação dos mesmos. No final da recolha dos dados, os ficheiros serão todos destruídos, garantindo assim a privacidade dos participantes do estudo.

As investigadoras

(Ana Lúcia Marques Lino - 912212526)

(Filipa Buzaglo Salema Garção - 919575848)

Apêndice V

Declaração do

Consentimento Informado

Declaração do Consentimento Informado

Título: “Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Cateterismo Vesical: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial”.

Eu, _____, declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia da pesquisa intitulada “Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Cateterismo Vesical: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial”.

Estou consciente que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação, podendo-me retirar do estudo assim que o entender.

Declaro também que fui informado(a) do anonimato e confidencialidade dos dados e de que todas as informações por mim fornecidas, serão usadas somente para fins científicos e destruídos pelas investigadoras no final do estudo. Sei que durante o tratamento de dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Sei ainda que poderei consultar o estudo sempre que o solicitar.

Depois do que foi anteriormente referido, concordo, voluntariamente, participar na investigação.

Informante

Data: __/__/__

Investigadoras: Ana Lúcia Marques Lino e Filipa Buzaglo Salema Garção

Apêndice VI

Instrumento de Recolha de Dados – Questionário

Questionário

No âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, as alunas Ana Lino e Filipa Garção, estão a realizar um trabalho de investigação, monografia, cujo tema é “**Cuidados de Enfermagem ao Cliente com Cateterismo Vesical: Medidas de Prevenção da Infecção Nosocomial**”.

Para as autoras poderem realizar o seu trabalho, terá de ser aplicado um questionário que visa a recolha de informações.

O questionário é composto por 39 questões, divididas em 4 partes: Caracterização do Participante, Inserção do Cateter Vesical, Manutenção do Sistema de Drenagem e Remoção do Cateter Vesical. O preenchimento deste demorará cerca de 10 a 13 minutos.

O questionário é anónimo e todos os dados serão respeitados com o maior rigor.

Marque com (X) apenas uma opção. Nas questões em que se identifica a possibilidade de escolha múltipla marque com (X) a(s) sua(s) opção/opções. Caso se engane no preenchimento do questionário, poderá rasurar a resposta que pretende rejeitar e marcar com um (X) a nova opção.

Desde já as alunas agradecem a colaboração dos Enfermeiros.

Parte I – Caracterização do Participante

1. Idade

- 21 – 30 31 – 40 41 – 50 51 – 60 ≥ 61

2. Género

- Masculino Feminino

3. Habilitações Académicas

- Bacharelato Mestrado
 Licenciatura em Enfermagem Doutoramento
 Curso de Especialização em Enfermagem Outro: Qual? _____

4. Tempo de Exercício na Profissão

- < 2 anos 6-7 anos 12-13 anos
 2-3 anos 8-9 anos ≥ 14 anos
 4-5 anos 10-11 anos

5. Tempo de exercício profissional no serviço onde se encontra actualmente

- < 2 anos 6-7 anos 12-13 anos
 2-3 anos 8-9 anos ≥ 14 anos
 4-5 anos 10-11 anos

6. Fez formação específica sobre as recomendações para a prevenção da infecção urinária associada à cateterização vesical, para além da efectuada na Licenciatura em Enfermagem?

Sim Não

(se a sua resposta é não, continue para a questão 8)

7. Se na questão 6 respondeu sim, em que local fez formação?

Na Instituição Exterior à Instituição

8. No seu serviço existe um protocolo para a cateterização vesical?

Sim Não

– Manipulação do Cateter Vesical –

Parte II – Inserção do Cateter Vesical

9. Ao realizar a inserção do cateter vesical, quando é que efectua a lavagem das mãos?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Antes de proceder à preparação do material
- Após a preparação do material
- Após os cuidados de higiene à área genital
- Antes de manipular o material esterilizado
- Após realização da técnica

10. Para a lavagem e desinfeção das mãos o que utiliza?

- Água e sabão
- Solução antisséptica
- Ambas
- Nada

11. No seu serviço existem *kits* específicos para a cateterização vesical?

- Sim
- Não

12. Como selecciona o cateter vesical a utilizar?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- De acordo com a avaliação clínica do cliente
- De acordo com a duração prevista da cateterização
- Tem em conta as alergias do cliente
- Tem em conta uma previsível irrigação contínua ou intermitente
- Utiliza o disponível em *stock*
- Não utiliza critérios para a selecção

13. A que calibre do cateter vesical dá preferência?

- Menor calibre Maior calibre Não tem em conta o calibre

14. Realiza os cuidados de higiene à área genital antes da inserção do cateter?

- Sempre Às vezes Nunca

(se a sua resposta é não, continue para a questão 16)

15. Se na questão 14 respondeu sempre ou às vezes, como realiza os cuidados de higiene à área genital?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Com barreiras de protecção (luvas limpas, avental)
 Com luvas esterilizadas
 Com soro fisiológico
 Com água e sabão
 Com solução desinfectante
 Com água

16. Que tipo de barreiras de protecção utiliza no momento da inserção do cateter?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Com luvas limpas Com luvas esterilizadas Não utiliza
 Com luvas “palhaço” Com avental

17. Com que soluto realiza a limpeza do meato urinário no momento da inserção do cateter?

- Com água Com solução antisséptica Não realiza
 Com solução estéril Com água e sabão

18. Com que soluto é que dilata o balão?

- Com soro fisiológico Com antisséptico
 Com água bidestilada Com água

19. Com quantos mililitros (ml) dilata o balão?

- Com 5 ml Com 20 ml
 Com 10 ml De acordo com as indicações do fabricante
 Com 15 ml

20. Como realiza a fixação do cateter vesical?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- No género masculino na região inferior do abdómen
 No género feminino na região inferior do abdómen
 No género masculino na região superior da coxa
 No género feminino na região superior da coxa
 No género masculino na face interna da coxa
 No género feminino na face interna da coxa
 Não fixa o cateter no género masculino
 Não fixa o cateter no género feminino

21. O que regista nas Notas de Enfermagem?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Nome legível do profissional que realiza o procedimento
- Indicação da cateterização
- Tipo de cateter
- Data de inserção
- Volume do balão
- Calibre do cateter
- Hora de inserção
- Não regista

Parte III – Manutenção do Sistema de Drenagem

22. Quando efectua a lavagem das mãos?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Antes da manipulação do sistema de drenagem
- Após a manipulação do sistema de drenagem
- Antes e após a manipulação do sistema de drenagem
- Não efectua

23. Quando manipula o sistema de drenagem que tipo de luvas utiliza?

- Luvas limpas Luvas esterilizadas
- Luvas “palhaço” Não utiliza

24. Quando realiza a limpeza do sistema de drenagem ...

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Utiliza soro fisiológico
- Utiliza água
- Utiliza água e sabão
- Limpeza dos primeiros 5 centímetros do cateter vesical
- Utiliza solução antisséptica
- Troca o adesivo que fixa o sistema
- Não realiza

25. Quando ocorre desconexão do sistema de drenagem ...

- Volta a conectar
- Substitui o sistema de drenagem, utilizando técnica limpa
- Substitui o sistema de drenagem, utilizando técnica asséptica

26. Utiliza suporte para colocação do saco colector de urina?

- Sim
- Não

27. O que faz para prevenir o refluxo de urina para a bexiga?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Utiliza saco de drenagem com válvula anti-refluxo
- Clampa durante um curto período de tempo, quando existe necessidade do saco estar acima do nível da bexiga
- Ensina o cliente/família a transportar o saco abaixo do nível da bexiga
- Não considera necessário prevenir o refluxo se for por um curto período de tempo

28. Quando realiza a técnica de irrigação?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Quando há obstrução
- Por razões clínicas específicas
- Para testar a permeabilidade
- Para prevenir a infecção

29. Como realiza a técnica de irrigação? (Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Utiliza técnica limpa
- Utiliza técnica asséptica
- Desinfecta a junção do cateter com a tubuladura do mesmo antes da desconexão
- Desinfecta a junção do cateter com a tubuladura do mesmo depois da desconexão
- Utiliza solução estéril para a irrigação
- Utiliza água

30. O despejo do saco de drenagem é efectuado, no seu serviço, pelo ...

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Enfermeiro
- Estudante de Enfermagem (passe para a questão 34)
- Auxiliar de Acção Médica (passe para a questão 34)
- Médico (passe para a questão 34)
- Auxiliar de Limpeza (passe para a questão 34)

31. Se respondeu “Enfermeiro” à questão 30, quando realiza o despejo do saco de drenagem?

- Quando estiver no máximo da sua capacidade
- Quando estiver a meio da sua capacidade

32. Se respondeu “Enfermeiro” à questão 30, que recipiente utiliza para o despejo do saco de drenagem?

- Utiliza o mesmo recipiente
- Utiliza um recipiente limpo
- Utiliza um recipiente estéril

33. Se respondeu “Enfermeiro” à questão 30, que barreiras de protecção utiliza para o despejo do saco de drenagem?

- Utiliza luvas limpas
- Utiliza luvas estéreis
- Utiliza luvas “palhaço”
- Não utiliza luvas

34. Quando realiza a substituição do saco de drenagem?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Em períodos fixos
- Quando não está íntegro
- Quando se verifica acumulação de sedimento
- Quando se verifica cheiro desagradável
- Quando ocorre desconexão acidental
- Não realiza

35. Como realiza as colheitas de urina asséptica?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Em local próprio no tubo de drenagem
- Por punção do cateter
- Utiliza luvas limpas
- Utiliza luvas esterilizadas

Parte IV – Remoção do Cateter Vesical

36. Que cuidados tem com as mãos antes da remoção do cateter?

(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Realiza lavagem higiénica das mãos antes da preparação do material
- Aplica solução antisséptica antes da preparação do material
- Realiza lavagem higiénica das mãos antes de calçar as luvas
- Aplica solução antisséptica antes de calçar as luvas
- Não realiza a lavagem das mãos
- Não aplica solução antisséptica

37. Qual é o cuidado de higiene que realiza ao meato urinário antes da remoção do cateter vesical?

- Realiza limpeza com solução antisséptica
- Realiza lavagem com água e sabão
- Realiza limpeza com solução estéril
- Não realiza

38. Após a remoção do cateter vesical qual o cuidado de higiene que realiza ao meato urinário?

- Realiza limpeza com solução antisséptica
- Realiza lavagem com água e sabão
- Realiza limpeza com solução estéril
- Não realiza

39. O que regista nas Notas de Enfermagem após a remoção do cateter vesical?

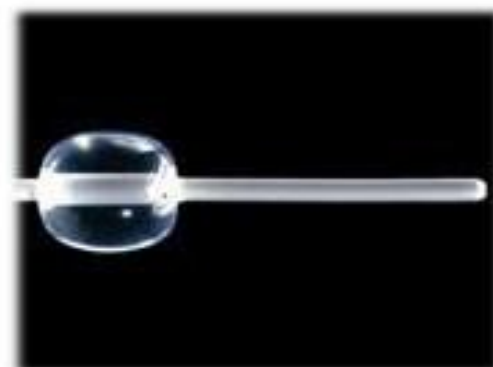
(Pode seleccionar mais do que uma opção)

- Nome legível do profissional que realiza o procedimento
- Indicação para remoção da cateterização
- Hora de remoção
- Volume do balão
- Eliminação pós remoção do cateter
- Tipo de cateter
- Calibre do cateter
- Data de remoção
- Não regista

Apêndice VII

Folheto Informativo

AOS SENHORES ENFERMEIROS DOS SERVIÇOS DE MEDICINA 3 E MEDICINA 4



CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM CATETERISMO VESICAL: MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NOSOCOMIAL

As alunas, Ana Lino e Filipa Salema Garção, do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Atlântica, com o propósito de realizar o trabalho de fim do curso – Monografia, vêm solicitar a sua colaboração no preenchimento do instrumento de recolha de dados, questionário que se encontra na Sala de Enfermagem.

A Monografia constitui o documento de avaliação da unidade curricular Ciclos Temáticos, necessário à conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem. A vossa participação no preenchimento do nosso questionário é absolutamente imprescindível.

Por favor responda a todas as questões solicitadas, pois caso contrário o questionário não poderá ser validado!

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para o tempo dispendido no preenchimento do questionário.

As Alunas de Enfermagem:

Ana Lino
Tó: 91 2212224
Email: alino7@uaatl.com

Filipa Salema Garção
Tó: 91 2212243
Email: filipsalemagarcao@uaatl.com



