

**Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

LIDIANE ANDRÉIA ASSUNÇÃO BARROS

**Diagnósticos de enfermagem de risco para eventos
adversos relacionados à instalação do cateter vesical de
demora**

SÃO LUÍS

2014

LIDIANE ANDRÉIA ASSUNÇÃO BARROS

**Diagnósticos de enfermagem de risco para eventos
adversos relacionados à instalação do cateter vesical de
demora**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sirliane de Souza Paiva

SÃO LUÍS

2014

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

B277d Barros, Lidiane Andréia Assunção.

Diagnósticos de Enfermagem de Risco para eventos adversos relacionados à inserção do cateter vesical de demora.
/ Lidiane Andréia Assunção Barros - São Luís: UFMA, 2014.

101 f.:il.

Impresso por computador (Fotocópia).

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Enfermagem – Diagnóstico. 2. Paciente – Segurança. 3. Cateterismo Urinário. I. Título. II. Paiva, Sirliane de Souza (Orientadora).

CDU 616-008.846.1

BARROS, L.A.A. Diagnósticos de Enfermagem de risco para eventos adversos relacionados à instalação do cateter vesical de demora. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2014.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Sirliane de Souza Paiva
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dr. Antônio Gonçalves Filho
Doutor em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Santana de Maria Alves de Sousa
Doutora em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão

Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

Dra. Patricia Ribeiro Azevedo
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

Dedico esta Dissertação a Deus, por ter me dado mais do que pedi e por ter traçado meu caminho até onde cheguei. Nem tudo foi fácil, mas Tu és minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Ao Mestrado Acadêmico em Enfermagem e à Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade do aprendizado e crescimento profissional.

À professora Dr^a. Sirliane de Souza Paiva, minha orientadora, que generosamente me repassou seus valiosos conhecimentos, por ter acreditado em meu potencial e pela paciência ao longo da construção desta pesquisa.

A Professora Dr^a Ana Hélia Sardinha, pelo apoio e compreensão.

Aos professores, membros da Comissão Examinadora, pela disponibilidade e interesse em participar do processo de construção da dissertação.

Aos docentes do MAENF/UFMA por facilitar o processo de aprendizagem.

Aos enfermeiros e pacientes, sujeitos da pesquisa, pela acolhida e disponibilidade em participar da pesquisa.

A Maria Olívia Silva Nunes, Gerente de Enfermagem, e a Direção do Hospital Odorico Amaral de Mattos “Hospital da Criança”, pela compreensão e apoio durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos colegas de turma 2 do MAENF, em especial, as amigas Márcia Lima, Amanda Namíbia, Luciana Palácio e Gustavo Alves, que compartilharam angústias, medos, conquistas e conhecimento, contribuindo de diferentes formas para meu crescimento profissional e pessoal.

A Rayane Trindade Amorim pelo auxílio na coleta dos dados e por permitir participar da construção da sua monografia.

Aos meus pais, Cornélio Sampaio Barros e Lisiane Maranhão Assunção, pelo significado de amor em minha vida. A confiança que vocês depositaram em mim refletiram na pessoa que tornei e em tudo que conquistei.

Ao meu irmão, Luciano André Assunção Barros, pelo exemplo que tentei seguir, e aos meus irmãos João Guilherme Barros e Maria Rita, pelo amor renovado.

À família Barros, pelo amor dispensado a mim, pelo apoio e torcida. Vocês contribuíram para tudo que sou e me sinto honrada em ter valores tão enraizados no amor e na união.

A meu amor, Carlos Alexandre Cavalcante Costa, obrigada por sua presença e apoio ao longo desta etapa da minha vida. Você me ajudou a não desistir e acreditou que eu seria capaz de superar os obstáculos.

A Núbia Fabiana da Silva e Sara Fiterman Lima, pelo apoio e incentivo quando decidi dar os primeiros passos rumo a essa conquista.

Aos amigos que encontrei ao longo da vida, por me ensinarem outra forma de amor e tornarem a vida mais leve e doce.

A todos que não estão citados aqui, por tudo que vocês fizeram por mim ao longo dessa travessia. Teria sido mais difícil sem ajuda de cada um de vocês!

“A diferença entre um homem de sucesso e outro orientado para o fracasso é que um está procurando aprender com os próprios erros e o outro está aprendendo a errar.”

Confúcio

BARROS, L.A.A. Diagnósticos de Enfermagem de risco para eventos adversos relacionados à instalação do cateter vesical de demora. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2014.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sirliane de Souza Paiva
Linha de Pesquisa: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Resumo

O Cateterismo Vesical de Demora (CVD) é considerado importante recurso na assistência de saúde com ampla utilização nos serviços. Estima-se que cerca de 10% dos pacientes internados fazem uso deste dispositivo, sendo indicado para: controle do débito urinário durante os períodos trans e pós-operatório; tratamento de afecções que levem à retenção urinária; para monitorização em pacientes críticos; Estágio III e IV de úlcera por pressão sacral ou perineal e para pacientes em incontinência urinária. Dentre outras complicações, pode levar ao trauma, dor e sangramento, além de estar fortemente associado à Infecção do Trato Urinário. Considerando que a realização do CVD envolve risco à segurança do paciente, delineou-se esta pesquisa, com objetivos de construir os diagnósticos de Enfermagem que apresentaram risco para o evento adverso durante a instalação do cateter vesical de demora; identificar as ações de Enfermagem que apresentaram não conformidades durante a instalação do cateter vesical de demora e associar as ações identificadas a possíveis impactos descritos na literatura. O estudo é caracterizado em descritivo e exploratório, desenvolvido com 06 enfermeiros que realizaram a inserção do CVD em 56 pacientes no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário em São Luís/MA. Foram utilizados três instrumentos, sendo: o Instrumento A, formulário composto por dados sociodemográficos e informações do perfil e experiência profissional aplicado aos enfermeiros; instrumento B, formulário contendo questões relativas a sexo, idade e dados de antecedentes dos pacientes e instrumento C, um *checklist* composto por etapas pertinentes ao procedimento, preenchido durante a realização dos CVD pelos enfermeiros do centro cirúrgico. As variáveis quantitativas foram analisadas por meio de estatística descritiva e os diagnósticos de enfermagem foram identificados conforme as ações que não estavam em conformidade durante a inserção do CVD. Para a construção dos diagnósticos foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Dentre os diagnósticos de Enfermagem de risco para Eventos Adversos relacionados à inserção do CVD identificados, destacamos: risco para infecção; técnica de assepsia comprometida; risco para lesão e risco para infecção cruzada. Dentre as ações de Enfermagem não conformes com a técnica de CVD identificamos: não higienização das mãos antes e após o procedimento; técnica asséptica não executada durante a manipulação dos materiais; higiene íntima em homens não cumprida na sequência correta; preceito da troca de gazes a cada etapa não obedecida; não realização do teste do balonete antes do procedimento; conexão da sonda ao coletor após sua inserção; cateter vesical não fixado conforme recomendado; luvas estéreis não retiradas após procedimento; registro do procedimento não efetivado. Dentre os possíveis impactos para eventos adversos relacionados às ações, destacamos: contaminação do procedimento; quebra da técnica asséptica; lesão uretral e vesical; tracionamento do cateter e contaminação de equipamentos e da unidade do paciente. As conclusões relevantes durante a técnica de inserção de cateter vesical de demora nos permite inferir que: apesar de ser uma técnica amplamente utilizada no âmbito intrahospitalar, não é incomum identificar ações que não estão de acordo com a técnica de CVD refletindo a falta de padronização de procedimentos entre os profissionais que a executam. Assim, os pacientes tornam-se alvos de erros devido a estas práticas inseguras.

Descritores: Segurança do paciente. Cateterismo Urinário. Diagnóstico de Enfermagem.

BARROS, L.A.A. Nursing Diagnoses Risk for Adverse Events Related to the Installation of Bladder Catheter. 2014. 101 p. Dissertation (Masters). Graduate Nursing Program, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2014.
Guidance Counselor: Professor Dr^a. Sirliane de Souza Paiva.
Research Line: Nursing, Health and Care.

Abstract

Bladder Catheterization Delay (BCD) is considered an important resource in health care with wide use in services. It is estimated that about 10% of hospitalized patients make use of this device and is indicated for: control urinary output during the periods trans and post-operative; treatment of diseases that lead to urinary retention; for monitoring in critically ill patients; Stage III and IV of ulcer for sacral pressure or perineal and for patients in urinary incontinence. Among other complications, can cause trauma, pain and bleeding, as well as being strongly associated with Urinary Tract Infection. Considering that the realization of BCD involves risk to patient security, outlined this search, aiming to construct the Nursing diagnoses that presented a risk for adverse event during the installation of bladder catheter, having specific objectives like: identify Nursing actions that presented noncompliance during the installation of bladder catheter and associate the actions identified to the potential impacts described in the literature. The study is characterized in descriptive and exploratory, developed with 06 nurses who realized the insertion of BCD in 56 patients in the operating room of a University Hospital in São Luís/MA. Three instruments were used, as follows: the Instrument A, form composed of sociodemographic data and profile information and professional expertise applied to nurses; the Instrument B, form containing questions related to sex, age and background data of patients and Instrument C, a check list composed for relevant steps to the procedure, filled during the performance of BCD by nurses in the operating room. The quantitative variables were analyzed using descriptive statistics and nursing diagnoses were identified as the shares that were not in compliance during insertion of BCD. For the construction of diagnostic was used the International Classification for Nursing Practice (ICNP). Among the diagnoses of Nursing risk for adverse events related to the insertion of BCD identified, we include: risk for infection; compromised asepsis technique; risk for injury and risk of cross-infection. The actions of Nursing identified as nonconforming with the technique of BCD were: hand hygiene before and after the procedure; guidance, positioning and privacy neglected; failure to use protective eyewear during BCD; aseptic technique not performed during the handling of materials; intimate hygiene in men not fulfilled in the correct sequence; precept of exchange of gases in each step not obeyed; not achieving of the cuff leak test (CLT) before the procedure; probe connection to catcher after insertion; bladder catheter not fixed as recommended; sterile gloves does not removed after the procedure; disposal of perforating-cutting unrealized; record of the procedure not effected. The relevant findings to the technique of insertion of bladder catheter allow us to infer that: despite being a technique widely in-hospital, it is not uncommon to identify actions not in accordance with the technique of BCD reflecting the lack of standardization of procedures among professionals that perform. Thus, patients become targets of errors due to these unsafe practices.

Keywords: Patient Safety. Urinary Catheterization. Nursing Diagnosis.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Distribuição dos pacientes submetidos à instalação do CVD de acordo com histórico de CVD anterior. São Luís/MA, 2013-2014.	49
Gráfico 2	- Distribuição dos pacientes submetidos à instalação do CVD de acordo com relato de complicações por uso de CVD, Centro Cirúrgico, HUUFMA, São Luís/MA, 2013-2014.	50
Gráfico 3	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de orientação, posicionamento e privacidade. São Luís/MA, 2013-2014.....	53
Gráfico 4	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de ambiente e equipamentos de proteção individual. São Luís/MA, 2013-2014.....	54
Gráfico 5	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de higienização íntima. São Luís/MA, 2013-2014.....	57
Gráfico 6	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de higienização das mãos após procedimento. São Luís/MA, 2013-2014.....	62
Gráfico 7	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de descarte de material: São Luís/MA, 2013-2014.....	63
Gráfico 8	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de organização da unidade do paciente. São Luís/MA. 2013-2014.....	64
Gráfico 9	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de registro do procedimento. São Luís/MA. 2013-2014.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição dos dados sociodemográficos e informações do perfil profissional dos enfermeiros que instalaram CVD no Centro Cirúrgico, HUUPD/UFMA, São Luís /MA, 2013-2014	44
Tabela 2	- Distribuição dos dados relativos à experiência profissional dos enfermeiros que instalaram CVD no Centro Cirúrgico, HUUPD/UFMA, São Luís/MA, 2013-2014.....	46
Tabela 3	- Distribuição dos pacientes submetidos à instalação do CVD de acordo com o sexo e idade. São Luís/MA, 2013-2014	47
Tabela 4	- Distribuição da idade dos pacientes submetidos à instalação do CVD, de acordo com o sexo. São Luís/MA, 2013-2014.....	48
Tabela 5	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de higienização das mãos antes do procedimento. São Luís/MA. 2013-2014.....	51
Tabela 6	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de manipulação do material. São Luís/MA. 2013-2014.	55
Tabela 7	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de manipulação dos instrumentais. São Luís/MA. 2013-2014	56
Tabela 8	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de antissepsia da região genital em pacientes do sexo feminino. São Luís/MA. 2013- 2014.	57
Tabela 9	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de antissepsia da região genital em pacientes do sexo masculino. São Luís/MA. 2013- 2014.	58
Tabela 10	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a etapa de inserção do cateter vesical de demora. São Luís/MA, 2013-2014.	59
Tabela 11	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a etapa de inserção do Cateter Vesical de Demora em homens. São Luís, 2013-2014.	60
Tabela 12	- Distribuição das ações dos enfermeiros durante a etapa de inserção do CVD em mulheres. São Luís/MA, 2013-2014.	61
Tabela 13	- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco relacionados às ações não conformes com técnica de CVD. São Luís/MA. 2013 - 2014.....	67

LISTA DE SIGLAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	- Center for Disease Control and Prevention
CIE	- Comitê Internacional de Enfermeiros
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CVD	- Cateterismo Vesical de Demora
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CID	- Classificação Internacional das Doenças
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COMIC	- Comissão Científica
DE	- Diagnóstico de Enfermagem
EA	- Evento Adverso
EPI	- Equipamentos de Proteção Individual
EUA	- Estados Unidos da América
GM	- Gabinete do Ministro
HUUFMA	- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
ITU	- Infecção do Trato Urinário
IOM	- Institute of Medicine
IRAS	- Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	- Ministério da Saúde
NANDA	- North American Nursing Diagnosis Association
NIC	- Nursing Interventions Classification
NOC	- Nursing Outcomes Classification
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PE	- Processo de Enfermagem
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
SCNES	- Sistema Nacional de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	ESTADO DA ARTE	20
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE: definições e fundamentos da qualidade da assistência	20
2.2	O PROCESSO DE ENFERMAGEM	21
2.3	A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	23
2.3.1	A construção da CIPE	23
2.3.2	As versões da CIPE	24
2.3.3	O Diagnóstico de Enfermagem	26
2.4	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	28
2.4.1	Higienização das mãos	30
2.4.2	Técnica asséptica	31
2.4.3	Higiene íntima	32
2.4.4	Antissepsia da região genital	32
2.4.5	Eleição do cateter vesical de demora	33
2.4.6	Lubrificação	33
2.4.7	Instalação do cateter vesical de demora	33
2.4.8	Fixação do cateter	33
2.4.9	Sistema de drenagem fechado	34
2.4.10	Anotação	34
3	OBJETIVOS	36
3.1	OBJETIVO GERAL	36
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
4	PERCURSO METODOLÓGICO	37
4.1	TIPO DE ESTUDO	37
4.2	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	37
4.3	POPULAÇÃO	38
4.4	INSTRUMENTO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	39
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	40
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	DADOS DOS ENFERMEIROS	42
5.2	DADOS DOS PACIENTES	46

5.3	DADOS DA INSTALAÇÃO DO CVD	50
5.4	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCO.....	65
6	CONCLUSÃO	68
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	78
	ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

Segurança do Paciente é um termo que vem sendo utilizado para definir ações que envolvem não só a redução dos riscos até um mínimo aceitável, mas o emprego de práticas assistenciais que evitem causar danos desnecessários ao paciente, e, em função disso, diminuam os índices de Eventos Adversos (EA) e fortaleçam a qualidade do cuidado intra-hospitalar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 2009).

Para Zambon e Gallotti (2011), os erros são falhas causadas pela prática incorreta ou pela não realização da assistência adequada à necessidade do paciente. Para os autores, os erros são considerados evitáveis, portanto, passíveis de prevenção.

A preocupação com a qualidade do cuidado tornou-se mais evidente após o relatório disponibilizado pelo *Institute of Medicine* nos Estados Unidos da América (EUA), em 1999, intitulado *To err is human: building a safer health system*; oportunidade em que foram demonstrados números alarmantes com estimativas de 44.000 a 98.000 norte-americanos que morreram em decorrência de erros ocorridos durante a assistência à saúde (KOHN; CORRIGA; DONALDSON, 2000).

Martins *et al* (2011), em estudo realizado no Brasil, com amostra composta por 1103 prontuários em três hospitais universitários no Rio de Janeiro, concluiu que 34% das mortes estavam relacionadas à EA, sendo que em 26,6% destas mortes ocorreram por causas evitáveis. No estudo desenvolvido por Nascimento *et al*, (2008), constatou-se que 377 pacientes foram vítimas de EA durante um período de quatro anos e que 22,3% destes foram alvo de mais de um evento cumulativamente.

Com objetivo de conscientizar quanto à importância das práticas seguras e alertar quanto aos aspectos técnicos e sistêmicos deste problema, a OMS criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente disponibilizando recomendações aos profissionais e gestores para prevenir os erros na atenção prestada ao paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

No Brasil, em 2001, foi criada a Rede Sentinela, com intuito de notificar os eventos adversos ocorridos em Hospitais públicos e privados, e, mais recentemente, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente, em abril de 2013, com o objetivo de monitorar e prevenir a ocorrência de danos decorrentes da assistência em saúde (BRASIL, 2013).

Para Madalosso (2000), existem situações que predis põem ao risco de EA, tais como: avanço tecnológico, incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da

sistematização de enfermagem e sobrecarga de serviço. Padilha (2001) acrescenta a questão estrutural, destacando a falta de recursos materiais, ineficiência dos serviços, condições precárias na planta física, equipamentos obsoletos e recursos humanos escassos.

A exposição a qualquer uma das situações supracitadas deve ser compreendida pelos profissionais como a predisposição ao risco de danos ao paciente. Para Pereira (2007), risco é definido como o grau de probabilidade da ocorrência de um determinado evento cuja associação de mais de um fator de risco pode resultar em efeitos cumulativos ao paciente, culminando em adoecimento. Segundo o Comitê Internacional de Enfermeiros o risco é descrito como “Potencialidade com características específicas: a possibilidade de perda ou problema, um problema que é esperado ocorrer com uma certa probabilidade, estado potencial negativo”. (2007, p. 114).

Segundo Freitas (2002), a avaliação dos riscos pode instrumentalizar a identificação de perigos e probabilidades de ocorrências, bem como servir de ferramenta para a análise de consequências dos acidentes. Desta forma, durante a implementação do Processo de Enfermagem podem ser desenvolvidas práticas inéditas que irão influenciar a modificação de condutas.

Dentre as taxonomias utilizadas no Processo de Enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE consiste em um sistema de linguagem unificado da Enfermagem, com terminologia funcional para sua prática. A CIPE contém termos para composição de diagnósticos, intervenções e resultados que ajudam a descrever a prática de Enfermagem (NÓBREGA; GARCIA, 2005; COMITÊ INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS, 2006). Os vocabulários de enfermagem descritos na CIPE podem ser utilizados para mapeamento de dados e compor os diagnósticos dos riscos aos quais os pacientes estão expostos.

Para a construção dos Diagnósticos de Enfermagem de risco para eventos adversos na instalação do cateter vesical de demora, foram elencados os fenômenos de Enfermagem definidos como a decisão tomada pelo enfermeiro sobre determinado fenômeno, podendo ser: o estado do paciente, os problemas identificados, suas necessidades e potencialidades (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

Desta forma, para elaboração de diagnósticos de enfermagem foram inseridos termos do Eixo Foco e do Eixo Julgamento e, se forem necessários, podem ser acrescentados outros termos destes eixos ou de outros eixos. No Eixo Foco foram destacadas as alterações na execução da técnica correta da instalação do cateter vesical de demora e no Eixo Julgamento o termo “Risco” estará empregado em todas as situações identificadas (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2009).

Compreendendo que os EA são consequências dos erros, torna-se relevante entender qual abordagem é mais adequada junto aos profissionais e gestores dos serviços de saúde. Reason (2000), estudioso do mecanismo do erro humano, distingue em duas práticas a abordagem e gerenciamento dos erros: a abordagem individual e abordagem sistêmica.

A abordagem individual está centrada em atos derivados de processos mentais como a desatenção, negligência e baixa motivação. Nesta ótica, a punição do outro ou o estabelecimento de sua culpa geram conforto aos demais envolvidos e provocam o distanciamento das suas responsabilidades da gestão (REASON, 2000).

A abordagem sistêmica tem como premissa a configuração dos erros enquanto consequências e não causas, entendendo que sua ocorrência se dá em decorrência da (des) organização dos processos de trabalho. Desta forma, o autor reforça a ideia de que devem existir barreiras físicas e alarmes com função de defesa frente aos riscos, evitando a possibilidade de o erro acontecer (REASON, 2000).

O que se percebe no processo de trabalho na assistência à saúde é que os profissionais envolvidos na assistência têm uma relação de confiança mútua. Assim, todos os profissionais executam suas atividades assistenciais acreditando que os demais envolvidos executam condutas seguras no cuidado ao paciente. Ao final deste processo de trabalho, está o paciente que acredita que todos os profissionais envolvidos estão vigilantes em sua recuperação (LIMA; LEVENTHAL; FERNANDES, 2008). No entanto, os profissionais de saúde são passíveis de falhas e omitem informações pertinentes a estas situações por solidariedade, vergonha ou medo de punição por parte dos gestores.

Mediante a estas situações, deve existir um olhar crítico e investigativo sobre as falhas a fim de apontar lacunas que precisam ser sanadas (PADILHA, 2001; MADALOSSO, 2000). Na perspectiva da Segurança do Paciente, as lacunas existentes são referentes à identificação dos eventos adversos e suas causas impossibilitando assim que se conheça, avalie e questione quanto às consequências e as soluções para as situações vivenciadas pelos pacientes, familiares e profissionais envolvidos (SILVA, 2010).

Em grande parte dos eventos que causam danos ao paciente, tem o envolvimento da equipe de enfermagem derivados de erros na administração de medicamentos, quedas, queimaduras, úlceras de pressão, infecções adquiridas no hospital, manipulação inadequada de drenos, sondas e cateteres (NASCIMENTO et al., 2008).

O Cateterismo Vesical de Demora (CVD) é um dos procedimentos invasivos muito utilizados na prática clínica, chegando ao percentual de 10% dentre os pacientes hospitalizados e sua realização pode causar desconforto, dor, sangramento e trauma nos pacientes (CONTERNO; LOBO; MASSON; 2011, LENZ, 2006).

No cotidiano do ambiente intra-hospitalar, a indicação do CVD é excessiva e a permanência de uso é maior que a necessária submetendo os pacientes ao risco cumulativo de adquirir Infecção do Trato Urinário (ITU) de até 5% por dia de uso. Estima-se que 35 a 45% de todas as infecções hospitalares adquiridas são infecções do trato urinário, sendo que 80% estão relacionadas ao uso do CVD (CONTERNO; LOBO; MASSON; 2011, VIEIRA, 2009).

Segundo Lenz (2006), a inserção do cateter vesical pode acarretar em outras complicações como: trauma uretral, dor e falso trajeto, estenose uretral, litíase urinária renal e vesical, uretrite, periuroretrite, abscesso periuroretral, fístula uretral, prostatite, epidimite, necrose peniana e câncer de bexiga.

Em face à notoriedade do acometimento dos pacientes submetidos à EA de toda ordem no ambiente intra-hospitalar, cada vez mais frequentes, e à complexidade das ações destinadas a esta problemática no contexto da atenção e da assistência à saúde dos pacientes vítimas de erros, emerge o questionamento acerca deste tema: quais ações de enfermagem durante a instalação do CVD podem representar risco para o paciente se tornar alvo de eventos adversos?

Dessa forma, o objeto de investigação da pesquisa proposta serão os riscos para eventos adversos relacionados à instalação do cateter vesical de demora.

Exerço há seis anos a prática como enfermeira assistencial e durante dois anos me dediquei à formação como residente em enfermagem clínico-cirúrgica que exerce forte influência em minhas condutas profissionais. Trabalho como enfermeira assistencial em um hospital público de referência em Pediatria e, há dois anos, no setor de cuidados intermediários que tem como público-alvo crianças em condições clínicas graves, que necessitam de cuidados intensivos em Pediatria. Destaco um fato vivenciado em minha prática no referido hospital.

A admissão de um paciente gravíssimo, com seis meses de vida, havia indicação de CVD. Constatei que não havia o cateter tipo Foley no calibre adequado. O pai do paciente percebeu que eu estava tomando providências para obter o dispositivo adequado, aproximou-se e pediu que tivesse cautela na realização do procedimento em seu filho, pois o seu irmão havia sido submetido a este procedimento quando criança (hoje, aos 18 anos), que fora alvo de evento adverso, e que desenvolveu estenose de uretra crônica. Em seguida, relatou as dificuldades vivenciadas na família em relação ao acesso ao serviço de saúde durante a agudização dolorosa.

Diante da narrativa do pai, constatee que, em virtude de um EA ocorrido durante a instalação de CVD, cuja técnica não requer grandes complexidades, podem ser

desencadeadas condições crônicas capazes de gerar impacto social negativo aos pacientes e seus cuidadores. Foi o ponto de partida da minha inquietação.

A magnitude desta temática compõe a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde, com fomento do Sistema Único de Saúde/SUS, nos itens “Avaliação de qualidade de procedimentos, serviços e produtos” e “Iatrogenias decorrentes do uso das tecnologias” (BRASIL, 2008). O desenvolvimento de pesquisas científicas voltadas para esta temática tem como finalidade reconhecer quais as fragilidades e minimizar os impactos negativos na qualidade da assistência, e, desta forma, possibilitar que profissionais aproximem o que aprenderam em teoria à prática clínica.

Pretendeu-se, contudo, contribuir com conhecimentos capazes de modificar o panorama de práticas inseguras rumo a uma assistência mais segura e fornecer informações que contribuam com as tomadas de decisão e com intervenções na prática de cuidado, bem como no fortalecimento da gestão.

Considerando ainda que a equipe de enfermagem configura-se como o maior contingente profissional no trabalho de cuidados de saúde no Brasil, com aproximadamente 1.500.000 membros, sendo a categoria profissional que permanece mais tempo em contato direto com pacientes e familiares; cabe à equipe de Enfermagem o desafio de exercer uma prática mais segura e reflexiva em virtude das demandas do paciente (VIANNA, 2011).

Nesta perspectiva, desenha-se a relevância do presente estudo ao promover a investigação e, por sua vez, identificar diagnósticos de Enfermagem de risco durante a realização do CVD e dessa forma, contribuir para a realização de discussões ampliadas sobre esta temática, o desencadeamento das reflexões dos enfermeiros e aperfeiçoamento das boas práticas por parte dos profissionais de saúde.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE: definições e fundamentos da qualidade da assistência

A partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err is Human*, o tema segurança do paciente vem obtendo destaque (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). No referido documento, o EA foi definido como dano causado pela assistência prestada à saúde e não pela condição que a desencadeou, prolongando o tempo de internação do paciente ou resulta em incapacidade presente. Ainda segundo o documento supracitado, acusou que nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 100 mil pessoas evoluíram para óbito em hospitais, vítimas de EA, quantitativo correspondente à soma dos pacientes acometidos com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos.

O referido relatório do IOM também destacou que a ocorrência de EA representava também sério prejuízo financeiro ao país, levantando que os gastos anuais foram estimados de 17 a 29 bilhões de dólares (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente com os objetivos de organizar os conceitos e as definições acerca da segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos. A partir desta Aliança, a OMS priorizou duas medidas denominadas de desafios globais. Primeiro, a redução das taxas de infecção associada ao cuidado em saúde por meio de campanha para higienização das mãos e promoção de cirurgias mais seguras pela adoção de uma lista de verificação pré, trans e pós-operatório.

A OMS desenvolveu a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente distinguindo os eventos ou circunstâncias que causaram ou poderiam causar danos, classificando-os em quatro categorias básicas: circunstância notificável, situação na qual o incidente não ocorreu, mas que possuía potencial para resultar em danos; quase erro (*near miss*), incidente que não atingiu o paciente; incidente sem dano, incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano perceptível e incidente prejudicial (evento adverso), incidente que resultou em danos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

No Brasil, iniciativas pontuais foram desenvolvidas na temática da segurança do paciente culminando com a instituição da Rede Sentinela, em 2002, que agrega instituições que trabalham com gerenciamento de risco, fundamentadas no tripé: busca ativa de eventos

adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde. A partir das demandas da Rede Sentinela, a complexidade foi aumentando, requerendo mais estrutura, e, em 2013, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, visando contribuir para a qualificação da assistência de saúde, em todos os estabelecimentos da rede pública e privada, no território nacional.

Segundo o PNSP, devem ser elaborados e implantados um conjunto de protocolos: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

De acordo com PNSP (BRASIL, 2013), torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias, produtos e ações que sejam direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde.

Assim, a equipe de Enfermagem como parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde deve recorrer aos conhecimentos técnico-científicos, por meio do Processo de Enfermagem, que é um instrumento capaz de agregar conhecimentos e ação na organização e documentação da prática que permitem ao enfermeiro identificar, descrever e determinar os aspectos passíveis de intervenção de Enfermagem, inclusive, em situações que remetem ao risco de dano (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

2.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Enfermagem é uma prática bicentenária que vem captando, ao longo da sua trajetória, influências culturais da sociedade que permitiram o delineamento profissional através da construção dos pilares da Enfermagem Moderna descrito por Gomes *et al* (2007) em quatro fases. Segundo as autoras, a primeira fase permeou a segunda metade do século XIX e caracterizou-se pela busca de compreender “O que fazer?” e sofreu forte influência de Florence Nightingale que buscou mostrar a relevância do preparo formal para a aquisição dos conhecimentos específicos de Enfermagem.

Para Gomes *et al* (2007), durante as primeiras décadas do século XX deu-se início a segunda fase, período em que se tornou premente “Como fazer?” dando ênfase ao

domínio do fazer técnico em detrimento das necessidades do paciente. Este período foi marcado pela profissionalização da Enfermagem, porém, com características de submissão quando a função era obediência e servidão aos profissionais médicos.

A terceira fase ocorreu entre as décadas de 40 e 60 do século XX, época marcada pelo questionamento “Por que fazer?”, com utilização dos princípios científicos no respaldo das ações desenvolvidas pela Enfermagem (GOMES *et al*, 2007).

Na quarta fase, correspondente ao final da década de sessenta do século XX, deu-se início ao movimento de investigação acerca de “Qual o saber próprio da Enfermagem” contribuindo para a elaboração das teorias de Enfermagem, conferindo-lhe o status de ciência pela incorporação de conhecimentos específicos, enfocando os conceitos e problemas do cuidado (GOMES *et al*, 2007).

Neste período, os sistemas de classificação contribuíram para a autonomia do enfermeiro no julgamento dos cuidados prestados, no aprimoramento do conhecimento da Enfermagem e desencadearam estudos relacionados à qualidade do cuidado prestado. Na década de 1970, nos Estados Unidos, o Processo de Enfermagem surgiu como modelo operacional para a assistência, propiciando o desenvolvimento de conceitos e sistemas de classificação (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

O Processo de Enfermagem (PE) é definido como um método sistemático e humanizado de prestação de cuidado que envolve a equipe de Enfermagem na sua aplicação, composto por etapas dinâmicas e interdependentes que permitem identificar situações de saúde/doença do indivíduo, embasando a seleção e a implementação de ações de Enfermagem, bem como o acompanhamento dos resultados (GARCIA; NÓBREGA, 2009; HORTA, 1979). Segundo o COFEN (2009), o PE está organizado em cinco etapas inter-relacionadas e recorrentes, definidas em coleta de dados ou histórico; diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de Enfermagem.

Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, é atribuição do enfermeiro: implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do PE. No entanto, para a implantação do PE nas unidades de saúde é necessário maior aporte de recursos, que, por sua vez, dependem da decisão institucional, perpassando pela seleção de taxonomia factível e adequada à realidade institucional culminando com a sensibilização e capacitação dos profissionais necessários à viabilização do processo (PIMPÃO *et al*, 2010).

Para Cubas, Silva e Rosso (2010), a estruturação dos sistemas classificatórios para as práticas de enfermagem favoreceu a avaliação da Enfermagem no cuidado à saúde, impulsionando mudanças e potencializando a qualidade do processo assistencial, do ensino, da gestão e da pesquisa.

Dentre os vários sistemas de classificação constituídos, destacam-se: a Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), a Classificação de Resultados Esperados (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (LINS; SANTO; FULY, 2011).

2.3 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)

2.3.1 A construção da CIPE

Durante as atividades do Congresso Quadrienal realizado em Seul – Coréia, em 1989, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou ao Comitê Internacional de Enfermeiras (CIE), o desenvolvimento de um sistema classificatório internacional que pudesse complementar a Classificação Internacional das Doenças (CID). Em 1991, o CIE iniciou o projeto da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®, que propôs o desenvolvimento de um vocabulário que atuasse como uma linguagem unificada para descrever a prática da enfermagem contemplando uma estrutura de termos e definição de vocábulos (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

Em 1994, enfermeiros de 10 países das Américas e da África participaram, a convite do CIE, de uma reunião, em Tlaxcala, no México, com a finalidade de estudar propostas para inclusão de termos ancoradores da prática de enfermagem, no âmbito extra-hospitalar, bem como sua inserção nas ações primárias em saúde de forma a contemplar a área da saúde coletiva (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

Em 2007, o Brasil obteve a aprovação de um Centro acreditado pelo CIE representado pelo Programa de Pós - graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba que tem como uma de suas missões: promover o uso da CIPE® na prática clínica, na educação e na pesquisa em enfermagem (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008).

A criação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) foi uma iniciativa que obteve apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg e da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) que se propôs a difundir a CIPE® no Brasil, visando retratar a pluralidade da prática de enfermagem no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)(LINS; SANTO; FULY, 2011).

A CIPE® é um sistema de linguagem unificado da Enfermagem que visa tornar homogêneos os vocabulários locais, com terminologias existentes mundialmente, integrando a infraestrutura de informação da Enfermagem e aprimorando a assistência à saúde da população. Portanto, facilita a comunicação dos enfermeiros entre si, com os demais profissionais de saúde e com os gestores acerca da sua prática (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2009).

Segundo o CIE (2009), a CIPE® pode atuar como instrumento de informação auxiliando na produção de dados representativos da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde, tanto na identificação dos resultados de saúde com agregação de novos conhecimentos, mas também, assegurando a qualidade dos serviços prestados, promovendo adequações à prática por meio de métodos de educação, incentivo às pesquisas e sugerindo modificações pertinentes aos serviços e novas políticas de atenção.

A CIE (2009) ressalta ainda que a CIPE® contém termos para composição de diagnósticos, intervenções e resultados que descrevem a prática de enfermagem e recomenda que esta deva ser incorporada à atividade diária dos enfermeiros. Desta forma, os dados resultantes desta prática podem ser utilizados para planejar e gerir os cuidados de Enfermagem e direcionar as previsões financeiras, o desenvolvimento de políticas e análise dos serviços prestados aos doentes.

2.3.2 As versões da CIPE®

De acordo com o CIE (2009), desde sua concepção até o presente momento, seis versões da CIPE® foram publicadas: as versões preliminares, Alfa, Beta e Beta 2 e as versões oficiais, versão 1.0, versão 1.1 e versão 2.

Em dezembro de 1996, foi publicada a Versão Alfa iniciando este processo através de incentivos a comentários, observações, críticas e sugestões para melhorar a prática da Enfermagem. Nesta primeira versão foram compostas duas classificações: dos Fenômenos de Enfermagem e das Intervenções de Enfermagem reforçando os conceitos mundialmente estabelecidos de forma agrupada e hierarquizada (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

Em março de 1998 foi lançada a Versão Beta apresentando propostas para a construção de um modelo em um enfoque multiaxial, com a finalidade de oferecer um suporte ampliado para seu desenvolvimento. Em julho de 1999, seus componentes constituíram-se em Fenômenos de Enfermagem, Ações de Enfermagem e Resultados de

Enfermagem, todos com modelo multiaxial. Esta proposta permitia diversas possibilidades de combinações dos conceitos contidos na classificação (COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

A partir de janeiro de 2002, foi divulgada a Versão Beta 2 mantendo a estrutura multiaxial e seus conceitos, porém, foram realizadas correções nas codificações e no conteúdo gramatical. Nas duas versões Betas foram incluídos indicativos para composição de declarações de enfermagem (COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

Conforme o CIE (2007), a busca pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento desta linguagem impulsionou os enfermeiros a avaliações e revisões dos conteúdos da CIPE, originando a versão 1.0, em 2005, em Genebra, e, em março de 2006, a Ordem dos Enfermeiros de Portugal lança a versão oficial em Português (Portugal) da Primeira Edição da CIPE® 1.0 em associação com o CIE, reconhecendo a importância dos Sistemas de Informação e das Tecnologias de Informação para as tomadas de decisão, qualidade e segurança dos cuidados. No Brasil, a CIPE® versão 1.0 foi publicada em julho de 2007.

Segundo o CIE (2007), as versões anteriores possuíam oito eixos na estrutura de classificação dos fenômenos e oito eixos na estrutura de classificação das intervenções, contudo, na CIPE® versão 1.0 surgiu um agrupamento distinto de eixos com a união de duas estruturas multiaxiais no modelo de sete eixos. O modelo sete eixos foi elaborado na tentativa de facilitar o uso da CIPE® pelos enfermeiros, dirimindo os problemas de redundância e ambiguidade presentes em versões anteriores. Os eixos atuais são configurados em: Foco, Julgamento, Cliente, Ação, Meios, Localização e Tempo.

As definições dos sete eixos representam as ações de enfermagem e são definidos como:

Foco: a área de atenção que é relevante para a Enfermagem. **Julgamento:** opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem. **Cliente:** sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção. **Ação:** um processo intencional aplicado a um cliente. **Meios:** uma maneira ou um método de desempenhar uma intervenção de enfermagem. **Localização:** orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenções. **Tempo:** o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007, p. 14). Grifo nosso.

A versão 1.1 foi lançada em 2008 e consistiu na inclusão de 376 novos conceitos, além da apresentação de um navegador factível e do primeiro catálogo com frases pré-coordenadas e a versão 2 foi lançada em 2009, agregando 400 novos conceitos distribuídos entre declarações de diagnósticos e intervenções, marcados pela finalização dos primeiros catálogos (COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2009).

Na CIPE®, o Diagnóstico de Enfermagem é descrito como a atribuição de um nome a uma decisão sobre um fenômeno que é o foco da intervenção de enfermagem e

para a sua construção são utilizados termos presentes nos eixos da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem. Para composição das Intervenções de Enfermagem, definidas como ações realizadas em resposta ao Diagnóstico de Enfermagem, são utilizados termos presentes nos eixos da Classificação das Ações de Enfermagem decorrendo no Resultado de Enfermagem. Este, por sua vez, é produzido à medida que se estabelecem o Diagnóstico de Enfermagem, seguido da Intervenção de Enfermagem, num período pré-estabelecido que gera sempre um novo diagnóstico (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2009).

Para o CIE (2009), para a construção dos Diagnósticos e dos Resultados de Enfermagem, a CIPE® propõe a inclusão de um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento podendo ser adicionados termos de qualquer outro eixo, conforme necessidade. Na construção dos enunciados das Intervenções de Enfermagem devem ser inclusos um termo do Eixo Ação e termos alvos de qualquer outro eixo, exceto do eixo julgamento.

2.3.3 O Diagnóstico de Enfermagem

O termo Diagnóstico de Enfermagem tornou-se enfoque na literatura a partir de 1950, durante conferência no *Teachers College* - Nova Iorque, quando Louise McManus aplicou-o para explicar a função específica na identificação do problema e reconhecimento de aspectos interrelacionados, além de interferir nas decisões acerca das ações a serem implementadas (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

No Brasil, em seu artigo intitulado *Considerações sobre o Diagnóstico de Enfermagem* publicado na *Revista Brasileira de Enfermagem* em 1967, Wanda de Aguiar Horta corroborou que o diagnóstico de Enfermagem seria a aplicação do método científico na utilização de processos lógicos de modo sistemático (KLETEMBERG; SIQUEIRA; MANTOVANI, 2006). No entanto, a etapa diagnóstica só passou a ser incluída no Processo de Enfermagem após a década de 1970, por meio da elaboração dos diagnósticos de Enfermagem, inovando-o e contribuindo para a reestruturação da prática da Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O Conselho Federal de Enfermagem (2009) compreende que é função privativa do enfermeiro liderar a equipe na execução do Processo de Enfermagem por meio do diagnóstico de enfermagem, da prescrição das ações e/ou intervenções de enfermagem demandadas, visando alcançar os resultados de enfermagem em determinado período do processo saúde e doença.

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) definiu Diagnóstico de Enfermagem como o processo de interpretação e agrupamento dos dados levantados durante a primeira etapa, determinando as tomadas de decisão do enfermeiro e definição dos conceitos diagnósticos de enfermagem mais fidedignos às respostas da pessoa, família ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença.

Segundo Nóbrega, Nóbrega e Silva (2011), o Diagnóstico de Enfermagem (DE) pode se tornar uma ferramenta na individualização do cuidado, por meio da organização do saber da Enfermagem, e, introdução do método científico na profissão embasando as intervenções de Enfermagem a serem implementadas. Para as autoras, o DE possibilita na identificação os problemas existentes por meio da análise das informações coletadas na investigação, com vistas ao planejamento do cuidado.

Para elaborar o DE, o enfermeiro deve utilizar-se de um conjunto de conhecimentos adquiridos no processo de aprendizagem, aliados ao aprimoramento de competências técnico-científicas, do raciocínio clínico e de uma visão integradora, além de incorporar todas as dimensões que permeiam o indivíduo, configurando-o num processo complexo (ROSSO; SILVA; SCALABRIN, 2009).

Para o estabelecimento de um DE torna-se necessário identificar de forma correta qual o foco de enfermagem, assim, no processo de Enfermagem com implementação na CIPE®, a não realização do DE, conforme as necessidades do paciente, podem tornar o cuidado fragmentado com a prescrição de cuidados que não refletem suas demandas reais (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2007).

Para a construção do enunciado do DE deve-se considerar um termo do Eixo Foco e um termo do Eixo Julgamento, podendo ainda ser inclusos termos adicionais de qualquer outro eixo, quando necessário (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2009).

A recomendação do CIE (2009) para facilitar o uso da CIPE® é a criação dos catálogos CIPE® que consistem em um conjunto de declarações contendo diagnósticos, intervenções e resultados comumente usados em uma área específica de Enfermagem. A partir de declarações pré-coordenadas disponíveis aos profissionais de Enfermagem, a articulação com o processo de enfermagem se fortalece na prática clínica. Tais catálogos podem servir como referência para os enfermeiros, reforçando não só a segurança, mas a qualidade dos serviços prestados.

Os catálogos não substituem o juízo de Enfermagem, desta forma, o parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos clientes e às respectivas famílias, visto que os julgamentos

das situações prementes à Enfermagem não podem ser substituídos por um mero instrumento (COMITÉ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2009).

Para a CIE (2009), os catálogos permitirão fazer o mapeamento para outros sistemas de classificação em Enfermagem, bem como o desenvolvimento de dados consistentes que descrevam o trabalho da Enfermagem, além de se tornar uma referência de fácil acesso para os enfermeiros no contexto de cuidados.

O CIE (2009) delimitou algumas áreas prioritárias para a construção destes catálogos, tais como: aderência ao tratamento, saúde mental, doença cardiovascular, HIV/AIDS, oncologia, enfermagem familiar, saúde da mulher e incontinência urinária. Esta pesquisa desenvolveu colaborações na área da incontinência urinária que poderão ser utilizadas no desenvolvimento destes catálogos, permitindo aos enfermeiros integrarem mais facilmente a CIPE® à sua prática nas questões pertinentes à inserção, manipulação e remoção do cateterismo vesical de demora.

2.4 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA (CVD)

A introdução de dispositivos intrauretrais datam das antigas civilizações. Relatos indicam que a civilização egípcia já utilizava tubos feitos de cobre e laca. Outras civilizações como os gregos, romanos e chineses adotavam recursos semelhantes (LENZ, 2006).

No século X, Avicena, cientista contemporâneo, idealizou o protótipo de cateter flexível, confeccionada com couro animal. No século XIII foram empregados modelos de cateter confeccionados em prata e seda. Para Lenz (2006), o diferencial tecnológico ocorreu no século XIX quando passaram a ser utilizados modelos confeccionados com produtos da borracha, e, neste período, ocorreram significativas contribuições de cientistas franceses como Beniquè e Nélaton que desenvolveram dispositivos com características que muito se aproximam das tecnologias dos cateteres urinários contemporâneos.

Para Lenz (2006), a confecção do cateter de *Foley* a partir de materiais como do látex flexível e do silicone foram contribuições significativas para a prática clínica atual, visto que houve redução das complicações pelo uso do cateterismo vesical de demora.

Cateterismo vesical é definido como uma intervenção que consiste na introdução de cateter direcionado à bexiga através do meato uretral com finalidade terapêutica, drenagem de urina, introdução de medicamentos e dilatação de estruturas. (VENDITTI; SILVESTRE, 2008, LENZ, 2006).

Segundo Mazzo *et al* (2011), o cateterismo vesical divide-se em duas modalidades: alívio ou intermitente realizado em intervalos prescritos conforme a necessidade com indicação de retirada do cateter após a drenagem da urina e de demora que permanece em uso por maior intervalo de tempo e onde são utilizados dispositivos do tipo *Foley*.

No que se refere à complexidade, execução e competência técnica, no âmbito da equipe de Enfermagem, a inserção de cateter vesical é privativa do Enfermeiro que deve imprimir rigor técnico-científico ao procedimento devido à sua complexidade técnica maior (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013). No entanto, o Center for Diseases Control and Prevention (CDC, 2011) recomenda que os profissionais que realizam este procedimento recebam treinamento em serviço de forma periódica acerca das técnicas e procedimentos para a inserção do cateter urinário, bem como manutenção e remoção.

De acordo com Lenz (2006), o CVD é considerado como importante recurso na assistência de saúde com ampla utilização nos serviços. Estima-se que cerca de 10% dos pacientes internados fazem uso deste dispositivo. O CVD está indicado para controle do débito urinário durante os períodos trans e pós-operatório; tratamento de afecções que levem a retenção urinária; para monitorização em pacientes críticos; Estágio III ou IV de úlcera por pressão sacral e perineal e para pacientes em incontinência urinária (HINRICHSEN *et al*, 2009; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009).

Para Conterno, Lobo e Masson (2011), o procedimento do CVD, dentre outras complicações, pode levar ao trauma, dor e sangramento, além de estar fortemente associado à Infecção do Trato Urinário (ITU). Desta forma, os autores sugerem que seu uso seja racionalizado e que, tão logo cesse a necessidade de sua utilização, o mesmo seja retirado, não ultrapassando o período superior de 24 horas nos casos pós-cirúrgicos, exceto, quando houver critérios para a permanência do uso deste dispositivo.

Os fatores de risco para ITU associados ao uso do CVD são: permanência do cateter, em que a cada dia de uso, cumula em aumento de 3 a 7% do risco de infecção urinária; sexo feminino; idade avançada; manuseio inadequado do sistema fechado; inflamação; estreitamento e traumas mecânicos (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2008).

Com a finalidade de reduzir os riscos supracitados aos quais o paciente estará suscetível, é indispensável à adoção de medidas a serem seguidas durante o procedimento de instalação do cateter vesical (HINRICHSEN *et al*, 2009). Os autores destacam medidas de segurança como a técnica asséptica; manipulação adequada do cateter; tipo e calibre de cateter compatíveis com o biótipo do paciente.

Mazzo *et al* (2011) ao apresentar os dados referentes à pesquisa realizada com enfermeiros, em nove instituições hospitalares de cidade no interior de São Paulo, identificaram que os profissionais enfermeiros participam da elaboração dos protocolos de cateterismo vesical, porém, durante a realização do procedimentos, os enfermeiros não seguem tal padronização, limitando-se ao conhecimento prático, incidindo os pacientes ao risco. Portanto, torna-se premente a adoção de protocolos institucionais das técnicas de introdução e manutenção do CVD evitando interpretação subjetiva por parte dos profissionais.

Após vasta busca bibliográfica, percebeu-se que, na literatura, não há consenso em relação às etapas de instalação, manutenção e remoção do cateter vesical (MAZZO *et al*, 2011; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; LENZ, 2006). O conjunto de técnicas que envolvem o cateterismo vesical são: higienização das mãos antes e após o procedimento; antissepsia da região genital e perineal e da assepsia na manipulação de luvas estéreis, campos, gazes; fixação do cateter para evitar tração; remoção do cateter, bem como utilização de solução asséptica para a realização da limpeza do meato uretral; eleição do cateter em calibre compatível ao biótipo do paciente; lubrificante com composição e em quantidade recomendado, além da manipulação adequada do sistema fechado (MAZZO *et al*, 2011; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; LENZ, 2006; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2008; VENDITTI; SILVESTRE, 2008).

2.4.1 Higienização das Mãos

A higienização das mãos compreende a utilização de técnicas de remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele auxiliando na prevenção e dificultando a transmissão de infecções veiculadas ao contato, além de reduzir as infecções causadas pelas transmissões cruzadas (BRASIL, 2007).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2007) classificou a higienização das mãos em higiene simples, higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antissepsia cirúrgica das mãos, conforme sua finalidade e indicação. Assim, define-se como higienização simples: a técnica de higienizar as mãos utilizando água e sabonete comum sob a forma líquida e higiene antisséptica das mãos: a

que utiliza água e sabonete líquido associado à agente antisséptico. Em ambas, o tempo previsto para duração do procedimento é de 40 a 60 segundos.

Na fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, técnica em que se realiza a aplicação de preparação alcoólica, está indicada quando não há sujidade aparente das mãos e dispensa o enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos. Esta preparação pode ser encontrada nas formas líquida, em gel, espuma e outras preparações, em concentração final entre 60% a 80%, com atividade antibacteriana comprovada (BRASIL, 2007). O tempo de duração indicado é de 20 a 30 segundos.

Já a antisepsia cirúrgica das mãos é empregada por todos os profissionais inseridos no cuidado direto ao paciente durante o período transoperatório. Nesta técnica preconiza-se a utilização de escovas no preparo cirúrgico, que devem ter cerdas macias e descartáveis, embebidas ou não em antisséptico e de uso exclusivo para leitos ungueal e subungueal, mãos e antebraços. A duração do procedimento varia de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, conforme as indicações dos fabricantes do degermante (BRASIL, 2007).

O *Center for Disease Control and Prevention* (CENTER FOR DISEASE CONTROL (2002) enfatiza que a sequência de higienização das mãos deve seguir as fases descritas a seguir: molhar as mãos com água; aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos; ensaboar as palmas das mãos friccionando-as entre si; esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa; entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais; esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai e vem e vice-versa; esfregar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa; friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa; enxaguar bem as mãos com água; secar as mãos com papel toalha descartável; para fechar as torneiras de fechamento manual, utilizar o papel toalha.

Vale ressaltar que a higienização das mãos está indicada em cinco momentos: antes do contato com o paciente; antes e após a realização de procedimentos assépticos; após contato com material biológico; após contato com o paciente; após contato com mobiliário e equipamentos próximos ao paciente (BRASIL, 2013 b).

2.4.2 Técnica asséptica

Venditti e Silvestre (2008) destacam que cabe aos profissionais assegurarem a utilização de técnica asséptica e equipamento estéril durante a organização do campo estéril reunindo o material estéril no campo (seringa, agulha, sonda, coletor urinário, gaze estéril). Segundo os autores, também permeiam a técnica asséptica pertinente ao CVD: calçar luvas estéreis; conectar sonda ao coletor de urina e testar o balonete antes do início do procedimento. Ainda segundo ao CDC (2011), recomenda-se garantir que todos os suprimentos necessários para a técnica asséptica de inserção do cateter estejam disponíveis.

Vale ressaltar que não houve consenso por parte dos pesquisadores quanto à padronização de soluções antissépticas ou água estéril/ solução salina para limpeza periuretral antes da inserção do cateter (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

2.4.3 Higiene Íntima

Segundo Marin e Haziot (2008), para realizar a técnica de higiene íntima o profissional deve utilizar os materiais: sabão comum, par de luvas de procedimento, toalha, compressas, água morna, saco plástico e papel higiênico, se necessário. Para as autoras, a técnica consiste em forrar o leito com uma toalha, higienizar o períneo no sentido anteroposterior, com as compressas úmidas em água e sabão, remover o sabão com compressa úmida com água e secar a região com outra compressa seca ou toalha. Após a realização da técnica de higiene íntima, o enfermeiro deve desprezar as luvas de procedimento e higienizar as mãos (MARIN; HAZIOT, 2008).

2.4.4 Antissepsia da região genital e perineal

De acordo com Venditti e Silvestre (2008), a antissepsia da região genital e perineal deve seguir o preceito do menos contaminado para o mais contaminado. Assim, a antissepsia em pacientes do sexo masculino deve ser realizada posicionando o pênis perpendicular ao corpo do paciente, com exteriorização da glândula e retração do prepúcio, iniciando com movimentos circulares a partir do meato uretral e glândula, dando continuidade

pela região do corpo do pênis e períneo, com troca de gaze a cada etapa (POSSO, 2006). Em pacientes do sexo feminino, a antissepsia deve ser realizada em movimentos únicos, no sentido anteroposterior, partindo da vulva, grandes lábios e pequenos lábios bilateralmente, seguindo pelo meato uretral, obedecendo à troca de cada a cada fase da antissepsia (VENDITTI; SILVESTRE, 2008; POSSO, 2006).

2.4.5 Eleição do Cateter Vesical de Demora

De acordo com Homenko, Lelis e Cury (2003), a eleição do calibre do cateter deve obedecer à recomendação do diâmetro menor, sempre que possível, sem causar prejuízos à drenagem. Os autores indicam o diâmetro entre 12 F a 16 F para o paciente adulto, destinando o uso de cateteres mais calibrosos para cirurgias urológicas, nas quais estão sujeitas à formação de coágulos. Convém ressaltar que a instalação do CVD com incompatibilidade anatômica pode levar a espasmos na bexiga, estenose uretral, além de maior propensão a necrose por compressão da mucosa uretral (HINRICHSEN *et al*, 2009).

2.4.6 Lubrificação

A lubrificação do canal uretral deve ser feita pela utilização de bisnaga de uso único contendo lubrificante em forma de geléia constituída por material hidrossolúvel (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2008). Em virtude da extensão da uretra dos homens, está indicada a instilação de lubrificante de 15 a 20 ml no lúmen uretral e para as mulheres, a lubrificação pode ser feita umedecendo o cateter (HOMENKO; LELIS; CURY; 2003).

2.4.7 Instalação do Cateter Vesical de Demora

Na etapa de execução do procedimento, o profissional deve posicionar o paciente adequadamente, conforme indicação por sexo, a saber: homens em decúbito dorsal horizontal e mulheres em posição ginecológica (VENDITTI; SILVESTRE, 2008).

No sexo masculino, a introdução do cateter no meato uretral deve ser feita até a bifurcação do cateter de *Foley*, e no sexo feminino o Enfermeiro deve introduzir mais 3 ou 4 centímetros após a drenagem da urina, em seguida insuflar o balão com água destilada em quantidade de 05 a 10 ml e tracionar a sonda delicadamente (VENDITTI; SILVESTRE; 2008; POSSO, 2006).

Após a instalação, as autoras orientam que o profissional certifique-se de que o paciente encontra-se confortável, organize o ambiente do paciente, recolha materiais e despreze o lixo, realize a anotação do procedimento e observar o funcionamento da sonda e possíveis complicações (sangramentos, traumas locais e falso trajeto) (VENDITTI; SILVESTRE, 2008).

2.4.8 Fixação do cateter

No que concerne à fixação do cateter, o profissional deve obedecer à indicação conforme o sexo, de forma que em homens, recomenda-se a fixação na região supra púbica e em mulheres, a fixação é realizada na coxa (HOMENKO; LELIS; CURY, 2003; CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

2.4.9 Sistema de drenagem fechado

Em relação ao sistema de drenagem fechado, recomenda-se utilizar o sistema fechado com válvula antirrefluxo, sendo contraindicado desconectar o cateter do tubo de drenagem, exceto nas indicações de irrigação (SOCIETY FOR HEALTHCARE EPIDEMIOLOGY OF AMERICA, 2008; LENZ, 2006). Cabe ressaltar ainda que o sistema de drenagem deve ser posicionado abaixo ao decúbito do paciente de forma a manter o fluxo de urina desobstruído e evitando o contato do saco coletor com o chão (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011; LENZ, 2006).

2.4.10 Anotação

No que se refere à anotação do procedimento, recomenda-se a implementação de um formulário onde serão registrados: indicações para a inserção do cateter, data e hora da inserção do cateter; profissional que realizou o procedimento, bem como data e hora da remoção do cateter e profissional responsável pela remoção (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011). É salutar que este registro esteja acessível no prontuário do paciente para a coleta de dados e para fins de melhoria da qualidade da assistência (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011).

Uma vez o cateter instalado, se faz necessário programar estratégias com a finalidade de minimizar a permanência do CVD (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2008). Acredita-se que sejam implantadas rotinas institucionais que contemplem: suas indicações; a avaliação da efetividade do CVD, bem como os critérios para remoção; elaborar critérios de manejo de retenção urinária pós-operatória; criação de lembretes aos médicos para revisar a necessidade de manutenção do cateter e remoção imediata quando não mais indicado e desenvolvimento de rotinas de cuidados que norteiem a retirada do cateter pela enfermeira em pacientes que preencham critérios específicos (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir os diagnósticos de Enfermagem de risco para o evento adverso durante a instalação do cateter vesical de demora.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as ações de Enfermagem que não estiverem em conformidade durante a instalação do cateter vesical de demora;
- b) Associar as ações identificadas a possíveis impactos descritos na literatura;

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo descritivo e exploratório. Cartoni (2009) afirma que a abordagem quantitativa é a tradução de informações em números, utilizada para classificar e analisar dados e permite o emprego de recursos e técnicas estatísticas.

Segundo Cartoni (2009), a pesquisa descritiva possibilita apresentar características de determinada população/ situação através da observação, registro, análise e correlação de variáveis sem a manipulação dos dados e a pesquisa exploratória parte de pressupostos para a obtenção de conhecimentos sobre um fato ainda pouco conhecido.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, no município de São Luís – MA, cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como Hospital Geral. O HUUFMA é mantido pelo Governo Federal, sua missão é assistencial, de ensino, pesquisa e extensão, referenciado para procedimentos de Alta Complexidade, financiados com recursos do Sistema Único de Saúde – SUS, dispondo de 573 leitos.

A opção de realizar o estudo no HUUFMA deve-se ao fato do mesmo integrar a Rede Sentinela que tem como atribuição: receber o registro das notificações dos eventos adversos que ocorrerem na instituição, relacionados à utilização de materiais, insumos e medicamentos nos serviços vinculados ao SUS.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Cirúrgico do referido Hospital, composto por 09 salas de cirurgia onde são realizadas cirurgias cardíacas, vasculares, proctológicas, urológicas, cirurgia geral, ortopédicas, bariátricas e neurológicas. O referido setor registra elevado número de procedimentos cirúrgicos em que há indicação para a realização da inserção de CVD. A realização de cirurgias é predominantemente eletiva, ao longo do período diurno, sendo passível da realização de cirurgias em caráter de urgência em

pacientes internados nos turnos diurno e noturno. Em virtude do baixo fluxo de cirurgias no plantão noturno, cabe aos funcionários do plantão, a rotina da organização do setor para o plantão subsequente e visita pré-operatória conforme agendamento prévio em mapa cirúrgico.

O período do estudo compreendeu os meses de março de 2012 a julho de 2014 e a coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2013 a fevereiro de 2014, durante os plantões diurnos.

4.3 POPULAÇÃO

A população constituiu-se dos 09 enfermeiros, no entanto, não participaram do estudo 03 enfermeiros, sendo: 01 enfermeiro coordenador do setor; 01 enfermeiro lotado no referido setor cujas funções são exercidas durante o plantão noturno, na visita pré-operatória, e 01 enfermeiro residente que não realizou o procedimento de CVD durante o período. Não houve recusa para participação do estudo entre os enfermeiros do setor. A amostra foi construída de 06 enfermeiros que realizaram o procedimento de CVD no referido setor. Destes, 04 eram enfermeiros que exercem função assistencial no setor e 02 eram enfermeiros residentes que estavam em treinamento em serviço no referido setor durante o período da coleta de dados.

A outra categoria de sujeitos de pesquisa foram os pacientes, participantes indiretos, visto que a coleta de dados do Instrumento C dependia de sua autorização. A amostra de 56 pacientes do estudo caracterizou-se em não probabilística, do tipo amostragem em sequência. Segundo Polit e Beck (2011), a amostragem em sequência consiste no recrutamento de todos os indivíduos de uma determinada população que atendam aos critérios de inclusão ao longo de um intervalo de tempo específico ou até atingir um quantitativo de dados suficientes. Foram convidados os pacientes com idade acima de 18 anos e que foram submetidos ao procedimento de CVD nas dependências do Centro Cirúrgico, no período transoperatório. Houve o caso de 01 paciente que retornou ao Centro Cirúrgico para a realização de procedimento cirúrgico posterior em período superior a 48 horas da retirada do CVD em que tiveram indicação para reinstalação do mesmo, sendo este, considerado caso novo.

Não participaram do estudo os pacientes em condições patológicas que os levassem a incompetência cognitiva, pacientes sob efeito de medicamentos psicotrópicos no momento da abordagem e aqueles que se recusaram em participar do referido estudo.

Foram excluídos os pacientes submetidos ao procedimento de CVD realizados por outros profissionais dentro das dependências do Centro Cirúrgico (médicos, médicos residentes, docentes em prática de campo e acadêmicos).

4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela autora da proposta do estudo e por uma acadêmica de enfermagem, vinculadas ao Grupo de Pesquisa “Habilidades Psicomotoras para o Cuidado” – HPPC/CNPQ, coordenado pela orientadora/ pesquisadora responsável. O treinamento da aluna esteve sob responsabilidade da autora da pesquisa, durante o período de 15 dias de início da pesquisa, sendo acompanhada em todos os procedimentos.

Nesta proposta de pesquisa foram preenchidos os instrumentos A, B e C (em apêndices):

O instrumento A consistiu na pesquisa de dados referentes aos enfermeiros responsáveis pela instalação do CVD nos pacientes no Centro Cirúrgico, registrados dados sociodemográficos (sexo, idade, renda em salários mínimos, tempo de formação e experiência profissional) e relacionados ao perfil profissional (pós-graduação, tipo de experiência profissional). O preenchimento deste instrumento ocorreu no período transoperatório, anterior à instalação de CVD.

O instrumento B consistiu na pesquisa de dados referentes aos pacientes que participaram da pesquisa, contendo dados como: sexo, idade, patologia acometida, procedimento cirúrgico indicado e história anterior de submissão dos mesmos ao CVD e/ou complicações. O instrumento B foi preenchido no período transoperatório, anterior à instalação de cateter vesical de demora nos mesmos.

O instrumento C constituído como um roteiro de observações contendo o passo a passo das etapas de instalação do CVD. Este instrumento foi preenchido nas salas de cirurgia do Centro Cirúrgico durante o período transoperatório e seu tempo de preenchimento correspondeu ao procedimento de instalação do CVD, por meio da observação não participativa.

Em virtude da não padronização da técnica de CVD, o presente estudo se propôs elaborar um constructo capaz de compilar as técnicas empregadas pelos enfermeiros para a instalação do cateter vesical de demora, por meio de fundamentação teórica. Assim, foram incluídas as técnicas de higienização das mãos, técnica de higiene íntima, técnica de instalação do cateter vesical de demora, agregando escolha e separação

dos materiais, avaliação do calibre do cateter conforme o biótipo do paciente e organização da unidade, além da aplicabilidade da anotação de Enfermagem referente ao procedimento realizado.

A construção do instrumento C foi fundamentada em princípios descritos no *Guidelines for Prevention of Catheter - Associated Urinary Tract Infection* (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2011), no Manual de Higienização das Mãos preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009) e em conformidade com as ações do Cateterismo Vesical de Demora descritas por Venditti e Silvestre (2008) e Posso (2006), descritas anteriormente no item 2.4.

A partir das observações dos procedimentos realizados pelos enfermeiros, foram listadas as ações que não estavam em conformidade com a técnica do cateterismo vesical de demora. Tais ações foram relacionadas aos possíveis riscos inerentes a elas, fundamentados em evidências científicas. Em seguida, foram utilizados os termos combinatórios dos Eixos Foco e Julgamento, bem como termos dos demais eixos complementares contidos na CIPE[®] e foi elaborado um quadro no qual foram descritos cada ação, sua relação com o risco e o respectivo diagnóstico de Enfermagem de risco (Apêndice F).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa atendeu aos requisitos estabelecidos na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que rege a pesquisa com seres humanos, garantindo o sigilo da identidade dos participantes e assegurando-lhes a retirada dos dados, caso os sujeitos da pesquisa solicitem.

O projeto foi apresentado à Comissão Científica do HU – COMIC e, após a sua aprovação, foi encaminhado à Plataforma Brasil, com posterior submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ HUUFMA. A apreciação e aprovação da referida pesquisa foi obtida por meio do Parecer Nº 432.751, datado em 22 de outubro de 2013.

Para a participação dos enfermeiros foi feita a apresentação da proposta da pesquisa e demais esclarecimentos pertinentes e, mediante a aceitação deles, a posterior leitura e consentimento dos mesmos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Foi solicitada autorização para a observação do procedimento de CVD aos pacientes com apresentação da proposta da pesquisa e demais esclarecimentos

necessários e, após aceitação, a posterior leitura e assinatura dos mesmos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A aplicação de questionário aos enfermeiros, pacientes e a quantificação dos procedimentos de enfermagem de instalação do Cateter Vesical de Demora permitia a alimentação de um banco de dados, no qual foram tabulados para a realização da estatística descritiva, representada pela média, proporção e distribuição de frequências dos dados. As análises estatísticas foram realizadas pela versão da linguagem R 2.15.2 (R CORE TEAM, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS DOS ENFERMEIROS

A tabela 1 apresenta informações levantadas por meio do instrumento A (Apêndice A), aplicado a 06 enfermeiros, contendo dados sociodemográficos, bem como informações pertinentes à experiência de trabalho dos profissionais pesquisados.

Observa-se na Tabela 1 que o sexo feminino foi unânime entre os 06 (100%) participantes. A variável sexo também foi levantada por Silva e Ferreira (2011), no âmbito da terapia intensiva, que encontraram predominância de 21 (87,5%) de profissionais do sexo feminino.

Em relação à idade, é possível observar na tabela 1 que 03 (50%) enfermeiras estão na faixa etária de 25 a 34 anos. Os dados divulgados por pesquisa desenvolvida pelo Conselho Federal de Enfermagem (2011) ressaltam que a faixa etária de 26 a 35 anos representa 125.733 (43,79%) dos profissionais, seguida pela faixa etária de 36 a 45 anos. Guerrer e Bianchi (2008) também identificaram o predomínio desta faixa etária atribuindo à possibilidade de que os enfermeiros acima de 40 anos estejam ocupando cargos administrativos ou atuando em outras áreas por terem adquirido experiência na profissão.

Ainda na tabela 1, no que se refere ao estado civil, predominou o solteiro, em 03 (50%), seguido pelos casados, com 02 (33%). Tais informações também são observadas em pesquisa divulgada pelo Conselho Federal de Enfermagem (2011) em que os solteiros corresponderam a 714.487 (49,3%) e os casados a 502.487 (34,6%).

De acordo com tabela 1, no tocante à renda dos enfermeiros pesquisados, 02 (33%) ganham até 02 salários mínimos, quantitativo semelhante ao de enfermeiros que informaram ganhar de 02 a 04 salários mínimos. Já Santos e Castro (2010), na região sudeste, identificaram em sua pesquisa que a maioria dos enfermeiros declararam receber de 05 a 16 salários mínimos.

Quanto ao tempo de formação, foi observado na tabela 1 que em 04 (66,7%) dos enfermeiros do setor estavam graduados entre um a cinco anos e informaram tempo de experiência profissional por semelhante período. Na pesquisa desenvolvida por Silva e Ferreira (2011) com 24 enfermeiros, levantaram um percentual aproximado de 12 (50%), que relatavam entre um a cinco anos de formados. Os referidos autores concluíram que diante do pouco tempo de experiência dos profissionais, o risco inerente ao manuseio

inadequado das tecnologias torna-se maior, principalmente, quando se trata de ambientes com assistência intensiva, inferindo-os à ocorrência de erros.

Neste estudo foi constatado na tabela 1 que 06 (100%) dos enfermeiros haviam cursado pós-graduação. Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) destacaram que 36 (70,8%) dos enfermeiros cursaram Especializações *Lato Sensu*. Para Guerrer e Bianchi (2008), a assistência de enfermagem em setores de cuidados intensivos requer que o enfermeiro desenvolva capacidades para lidar com situações complexas com agilidade e eficiência, além de competência para agregar informações, formular julgamentos e priorizar suas ações. Para as autoras, tais habilidades poderão ser adquiridas por meio de especialização.

Concluindo a análise da tabela 1, no que se refere aos turnos de trabalho e quantidade de vínculos empregatícios dos sujeitos desta pesquisa, identificou-se que 04 (66,7%) trabalham em mais de um (01) turno, sendo que 03 (50%) desenvolvem suas atividades em dois (02) vínculos. Tais dados refletem a realidade evidenciada por Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) em que 23 (45,8%) dos enfermeiros referiram trabalhar em mais de um (01) vínculo empregatício, fato atribuído pelas autoras como resultado da necessidade de complementação salarial. Harada e Pedreira (2006) afirmam que a dupla jornada de trabalho e o aumento da carga horária do profissional podem interferir na qualidade da assistência prestada, acarretando em prejuízos na Segurança do paciente.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos e informações do perfil profissional dos enfermeiros que instalaram CVD no Centro Cirúrgico, HUUPD/UFMA, São Luís /MA, 2013-2014.

Sexo	Frequência	%
Feminino	06	100,0%
Masculino	00	0,0%
Total	06	100,0%
Idade	Frequência	%
25 – 29 anos	03	50,0%
30 – 34 anos	00	0,0%
35 – 39 anos	02	33,3%
40 – 44 anos	01	16,7%
Total	06	100,0%
Estado civil	Frequência	%
Casado	02	33,3%
Solteiro	03	50,0%
União consensual	01	16,7%
Total	06	100,0%
Salário Mínimo (SM)	Frequência	%
Até 02 SM	02	33,3%
De 02 a 04 SM	02	33,3%
De 04 a 06 SM	01	16,7%
De 06 a 08 SM	01	16,7%
Total	06	100,0%
Tempo formação acadêmica	Frequência	%
01 a 05 anos	04	66,7%
06 a 10 anos	01	16,7%
11 anos ou mais	01	16,7%
Total	06	100,0%
Pós-graduação	Frequência	%
Sim	06	100,0%
Total	06	100,0%
Tipo de pós-graduação	Frequência	%
Atenção básica	01	16,7%
Auditoria	01	16,7%
Cirúrgica	02	33,3%
Cirúrgica e UTI	01	16,7%
Saúde da família	01	16,7%
Total	06	100,0%
Tempo experiência	Frequência	%
01 a 05 anos	04	66,7%
06 a 10 anos	01	16,7%
11 anos ou mais	01	16,7%
Total	06	100,0%
Turno de serviço	Frequência	%
Mais de 01 Turno	05	83,3%
Diurno	01	16,7%
Total	06	100,0%
Vínculos empregatícios	Frequência	%
Somente 01	02	33,3%
02 vínculos	03	50,0%
03 vínculos	01	16,7%
Total	06	100,0%

Fonte: Próprio autor

A Tabela 2 trata dos dados relativos à experiência profissional dos enfermeiros. Podemos observar que 4 (60%) dos profissionais desenvolveram atividades assistenciais e

2 (40%) agregaram às suas atividades assistenciais, funções gerenciais. Este achado também foi encontrado por Hausmann e Peduzzi (2009) que analisaram a dimensão gerencial no processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital privado de São Paulo e identificaram que as atividades gerenciais comprometem as atividades desenvolvidas por nove entre os 10 entrevistados. Segundo as autoras, as atividades gerenciais do enfermeiro objetivam a melhoria na qualidade do cuidado de enfermagem, portanto, não é possível distinguir as dimensões assistencial e gerencial, pois comprometeria o cuidado prestado, gerando conflitos na assistência. No entanto, Guerrer e Bianchi (2008) identificaram que o nível de estresse torna-se mais alto entre os enfermeiros que executam funções gerenciais, tais como: a administração de pessoal, condições de trabalho, coordenação das atividades, assistência de enfermagem, funcionamento da unidade e relacionamento.

Em relação aos campos de atuação profissional, na tabela 2, observamos que 04 (66,7%) enfermeiras informaram experiência prévia em centro cirúrgico. De acordo com Valadares e Viana (2009), o enfermeiro experiente distingue-se do iniciante no trabalho por ter adquirido habilidades que o permitem ter uma visão apurada de suas atribuições, utilizando de meios e métodos distintos ao solucionar problemas pertinentes à sua prática. Para os autores, o profissional iniciante limita-se a executar atividades específicas e sua prática é marcada por características como medo, insegurança, afastamento e paralisação que se tornam evidentes em situações que o profissional faz uso de tecnologias no cuidado em saúde.

Tabela 2 – Distribuição dos dados relativos à experiência profissional dos enfermeiros que instalaram CVD no Centro Cirúrgico, HUUPD/UFMA, São Luís/MA, 2013-2014.

Tipo experiência		Frequência	%
Assistencial/Gerencial		02	40,0%
Assistencial		04	60,0%
Total		06	100,0%
Atuação Profissional			
Ambulatório		Frequência	%
Sim		02	33,3%
Não		04	66,7%
Total		06	100,0%
Atenção básica		Frequência	%
Sim		01	16,7%
Não		05	83,3%
Total		06	100,0%
Clínica médica		Frequência	%
Sim		01	16,7%
Não		05	83,3%
Total		06	100,0%
Clínica cirúrgica		Frequência	%
Sim		02	33,3%
Não		04	66,7%
Total		06	100,0%
Centro cirúrgico		Frequência	%
Sim		04	66,7%
Não		02	33,3%
Total		06	100,0%
UTI		Frequência	%
Não		06	100,0%
Total		06	100,0%
Urgência/emergência		Frequência	%
Sim		02	33,3%
Não		04	66,7%
Total		06	100,0%
Outros		Frequência	%
Nenhuma		03	60,0%
Obstetrícia		01	20,0%
Residência		01	20,0%
Total		05	100,0%

Fonte:Próprio autor

5.2 DADOS DOS PACIENTES

Nesta pesquisa participaram 55 pacientes que foram submetidos a procedimentos de CVD nas dependências do Centro cirúrgico, sendo que um (01) foi submetido novamente ao procedimento de CVD no período superior a 24 horas, totalizando em 56 procedimentos observados. Os dados descritos abaixo são pertinentes às observações registradas no Apêndice B.

Na Tabela 3, que apresenta a distribuição da faixa etária por sexo, observamos que dentre os pacientes do sexo masculino foi mais representativa na faixa etária de 41 a 60 anos, no quantitativo de 15 (52%) e para as mulheres houve frequência maior na faixa etária de 21 a 40 anos, com 12 (44%).

No tocante ao sexo dos pacientes submetidos ao procedimento de CVD, observou-se, na Tabela 3, que houve predomínio do sexo masculino, totalizando em 29 (51,8%); fato também descrito por Conterno, Lobo e Masson (2011) que encontraram predomínio do sexo masculino com 152 (60%) de homens submetidos ao procedimento.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes submetidos à instalação do CVD de acordo com o sexo e idade. São Luís/MA, 2013-2014.

Variáveis	Sexo			
	Masculino	%	Feminino	%
0-20	03	10%	01	4%
21-40	08	28%	12	44%
41-60	15	52%	07	26%
61-80	03	10%	05	19%
81-100	-	0%	02	7%
Total	29	100%	27	100%

Fonte:Próprio autor

Em relação à idade, verificamos na Tabela 4 que os homens têm média de 47 anos e as mulheres tiveram média de 47,4 anos. Estes dados são próximos ao encontrados por Stamm *et al* (2006) em que a média de idade foi superior entre os homens, com média de 59,8, enquanto as mulheres apresentaram média de 51,8. Em relação ao predomínio da média de idade encontrada entre os pacientes do sexo masculino, vale ressaltar que é recomendada a realização de exames preventivos de rotina, para homens a partir de 50 anos sem história familiar de câncer de próstata e para homens acima de 40 anos com história familiar anterior de câncer de próstata (INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, 2013).

Tabela 4 – Distribuição da idade dos pacientes submetidos à instalação do CVD, de acordo com o sexo. São Luís/MA, 2013-2014.

Sexo	Idade			
	Min	Máx	Média	DP
Masculino	16	80	47	14.5
Feminino	18	91	47.4	22.3

Fonte: Próprio autor

Em relação aos dados referentes a relatos anteriores de CVD dos pacientes, observou-se no gráfico 1 que a maior parte já havia sido submetida ao procedimento, a maioria com relato de complicações relacionadas ao mesmo. O CVD está elencado entre os procedimentos mais utilizados na prática clínica indicado para aproximadamente 10% dos pacientes hospitalizados, culminando em complicações associadas ao seu uso como: ITU, trauma, pielonefrite, uretrite, estenose uretral, litíase urinária, dentre outras, que representam um percentual elevado de morbidade dos pacientes que utilizam este dispositivo (MARVULO; NOGUEIRA, 2001; LENZ, 2006; CONTERNO; LOBO; MASSOM, 2011; MAZZO *et al*, 2011). As repercussões destas complicações levam a danos não mensuráveis causados pelas sequelas, prolongado período de internação, além do aumento dos custos hospitalares (MAZZO *et al*, 2011).

Ainda no gráfico 1, em relação à história de doenças do Trato Geniturinário não relacionadas ao CVD, todos os pacientes negaram afecções, bem como tratamento. Tais achados podem ser justificados pelo descrito por Góis e Veras (2010) que identificaram que dentre as doenças de maior prevalência em pacientes com idade acima de 60 anos, as doenças do trato geniturinário, ocupam o sexto lugar, precedidas pelas doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, além de afecções do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo, respectivamente.

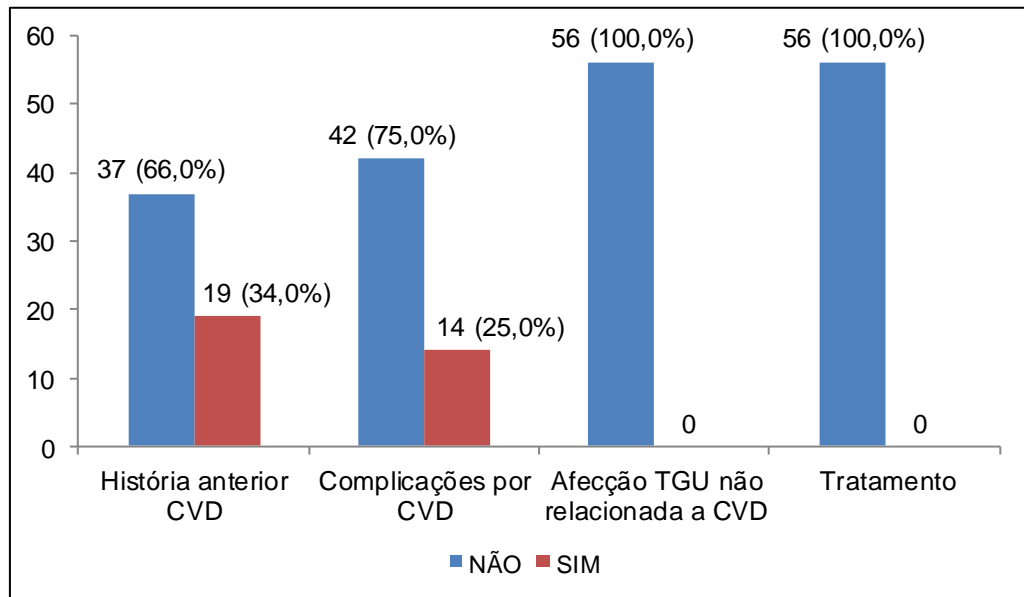


Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes submetidos à instalação do CVD de acordo com histórico de CVD anterior. São Luís/MA, 2013-2014.

O gráfico 2 que trata dos dados pertinentes ao relato de complicações anteriores por uso de CVD, podemos observar que, dos 14 (25,0%) pacientes que informaram a ocorrência de complicações, os sinais e sintomas relatados foram: dor na região suprapúbica, ITU e disúria, de forma cumulativa em alguns relatos. Ressaltamos que a queixa de dor na região supra púbica representa o maior percentual encontrado de 07 (50,0%) em relação às demais complicações relatadas 03 (21%). A variável dor é corroborada pela literatura que a descrevem entre os principais sintomas relacionados ao uso de CVD, que pode estar associada ao traumatismo uretral em decorrência de lubrificação insuficiente do canal uretral. Outras complicações como falso trajeto, uretrorragia, bacteremia e estenose uretral também são descritas na literatura, apesar de não terem sido relatadas pelos pacientes do presente estudo (CONTERNO; LOBO; MASSOM, 2011; LENZ, 2006; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2008).

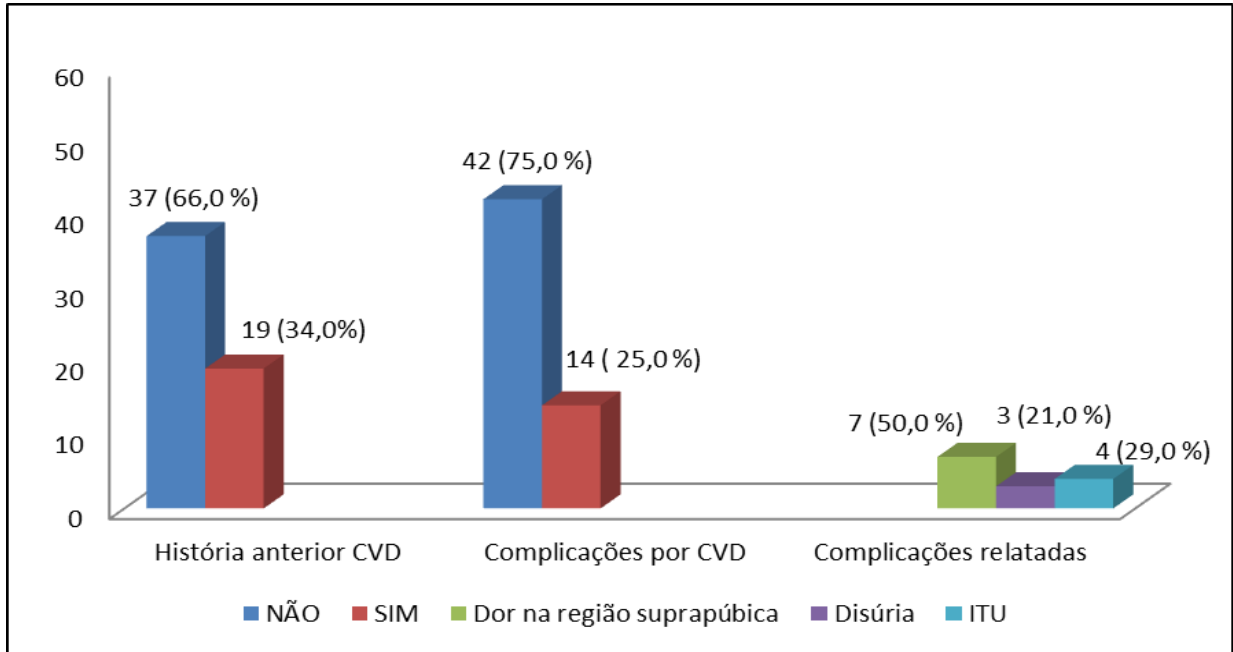


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes submetidos à instalação do CVD de acordo com relato de complicações por uso de CVD, Centro Cirúrgico, HUUFMA, São Luís/MA, 2013-2014.

5.3 DA INSTALAÇÃO DO CVD

Observamos, na tabela 5, que a etapa de higienização das mãos pelos enfermeiros apresentou alterações significativas, dos profissionais que não obedecerem às fases da técnica de higienização das mãos com água e sabão, variando de 31 (55,4%) a 50 (89,3%) dos procedimentos de forma que não executaram em sua totalidade das fases em nenhum procedimento. Destacamos ainda que em 32 (57,1%) dos procedimentos, os enfermeiros não realizaram a higienização antes do contato com o paciente. A variável higienização das mãos também foi descrita por Primo *et al* (2010) em que foram analisadas 1316 oportunidades de higienização das mãos, destas, em 951 (72,3%) não foram realizadas esta prática. Os autores destacaram ainda que da categoria de enfermagem, incluindo acadêmicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e professores, de um total de 247 (33,0%) situações que recomendavam a higienização das mãos, em 196 (79,3%), esta técnica foi efetivada de forma incorreta.

A técnica de higienização das mãos obteve maior enfoque a partir da criação da “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, desde 2004, por iniciativa da Organização Mundial de Saúde (2004). Vale ressaltar que a higienização das mãos é considerada a medida mais importante para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à

Assistência à Saúde (IRAS), todavia, torná-la uma prática constante entre os profissionais consiste em tarefa complexa e difícil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE, 2004; BRASIL, 2007).

Tabela 5 - Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de higienização das mãos antes do procedimento. São Luís/MA. 2013-2014.

FASES	SIM	%	NÃO	%	TOTAL	%
Tempo de duração de 40 a 60 segundos	6	10,7	50	89,3	56	100,0
Abre a torneira e molha as mãos, evitando encostar-se a pia.	25	44,6	31	55,4	56	100,0
Aplica na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.	24	42,9	32	57,1	56	100,0
Ensaboia as palmas das mãos, friccionando-as entre si.	24	42,9	32	57,1	56	100,0
Esfrega a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.	22	39,3	34	60,7	56	100,0
Entrelaça os dedos e fricciona os espaços interdigitais.	17	30,4	39	69,6	56	100,0
Esfrega o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.	13	23,2	43	76,8	56	100,0
Esfrega o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.	8	14,3	48	85,7	56	100,0
Fricciona as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.	7	12,5	49	87,5	56	100,0
Esfrega o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.	13	23,2	43	76,8	56	100,0
Enxagua as mãos, retirando os resíduos de sabonete.	21	37,5	35	62,5	56	100,0
Evita contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.	24	42,9	32	57,1	56	100,0
Seca as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e segue pelos punhos. Em torneiras com fechamento manual, utiliza papel toalha.	25	44,6	31	55,4	56	100,0
Higieniza as mãos antes do contato com o paciente	24	42,9	32	57,1	56	100,0

Fonte: Próprio autor

No Gráfico 3, que apresenta os achados referentes à orientação e posicionamento do paciente, encontramos que em 53 (95%) dos procedimentos, os enfermeiros não orientaram e nem posicionaram os pacientes de forma apropriada. A orientação está dentre as atribuições do enfermeiro, conforme previsto no Código de Ética da Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007), capítulo I, *Art. 17* que discorre acerca da responsabilidade dos profissionais de Enfermagem: “Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007, p. 40)”. No que se refere à posição do paciente, cabe ressaltar que, em pacientes do sexo masculino, a posição recomendada é decúbito dorsal e, em pacientes do sexo feminino é indicado o decúbito ginecológico (VENDITTI, SILVESTRE; 2008). As variáveis descritas neste estudo também foram observadas por Fonseca (2009) que encontrou frequências significativas em relação ao posicionamento dos pacientes em que 11 (28,6%) das mulheres foram posicionadas de maneira inapropriada.

Quanto ao respeito à privacidade dos pacientes, destacamos que, em 48 (86%) dos procedimentos, os enfermeiros não consideraram a privacidade do paciente e, em 03 (5,3%) dos procedimentos, os técnicos de Enfermagem tiveram a iniciativa em respeitar a privacidade do paciente. Compreendendo que privacidade está inserida no processo de humanizar o atendimento, Bedin, Ribeiro e Barreto (2005) identificaram a insatisfação dos pacientes em relação à assistência prestada no ambiente do centro cirúrgico, alegando sentimentos de impotência e de invasão da sua privacidade. Os autores atribuem que os enfermeiros não respeitam a privacidade pelo fato de agregarem funções administrativas em detrimento dos cuidados diretos com o paciente, atuando como mero instrumento da equipe cirúrgica.

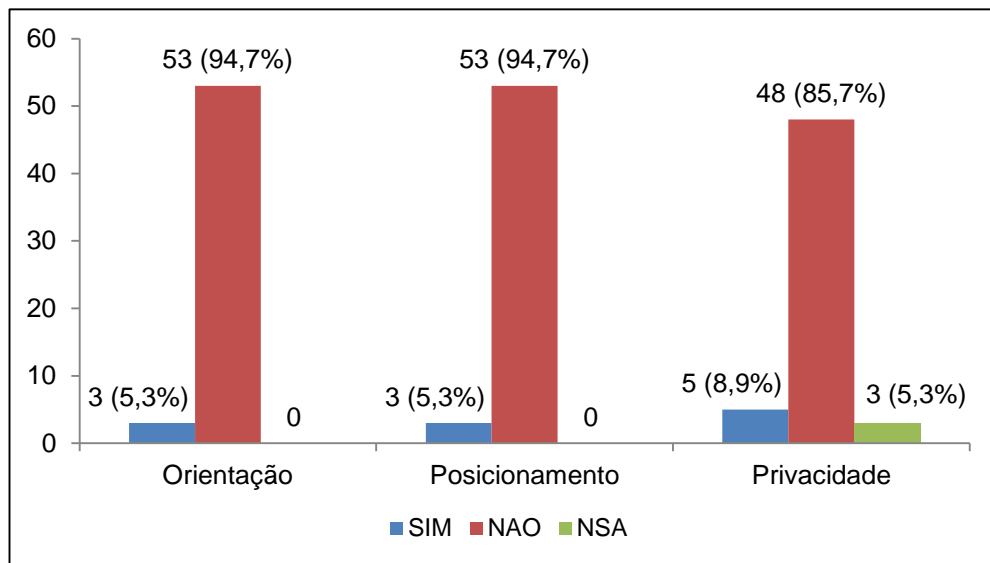


Gráfico 03 - Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de orientação, posicionamento e privacidade. São Luís/MA, 2013-2014.

Observamos no Gráfico 4, no que se refere à utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), houve predomínio do uso dos EPI recomendados, exceto dos óculos de proteção, cuja utilização não foi identificada em nenhum procedimento.

Na pesquisa desenvolvida por Corrêa e Donato (2007) realizada com a equipe de enfermagem no âmbito da UTI de um hospital da rede privada no município de Rio de Janeiro, identificaram que dentre os 22 técnicos de enfermagem, nenhum empregou máscaras e óculos ao desprezar as excreções do cliente no expurgo e, 20 destes, também não usaram óculos de proteção ao realizar técnicas como a aspiração de vias aéreas. Quando questionados quanto ao uso deste equipamento durante os procedimentos, as autoras observaram que tal fato foi despercebido por parte dos sujeitos da pesquisa que o consideraram uma questão cultural dos profissionais.

O uso dos EPI tem como finalidade proteger os pacientes e trabalhadores. Estes estão suscetíveis a riscos durante a realização de procedimentos pertinentes a assistência devendo obedecer à recomendação para uso obrigatório (CORRÊA; DONATO, 2007; BRASIL, 2013a). De acordo com Vasconcelos, Reis e Vieira (2008), os EPI inclusos no cotidiano do profissional de enfermagem são: óculos, luvas, capote ou avental e gorro, entretanto, acrescenta-se o emprego de máscaras faciais como parte desses equipamentos, devido ao risco biológico. No que concerne ao uso dos óculos de proteção, destaca-se que o uso deste EPI confere proteção contra respingos de material infectante, devendo ser empregado em procedimentos que ofereçam riscos aos olhos (BRASIL, 2010; CORRÊA; DONATO, 2007).

Desta forma, os EPI estão caracterizados como de dupla proteção, visto que oferecem proteção ao profissional contra respingos de material biológico nas mucosas e funcionam como barreira, evitando que partículas emitidas pelo profissional se depositem sobre o paciente durante a realização do procedimento (VASCONCELOS; REIS; VIEIRA, 2008).

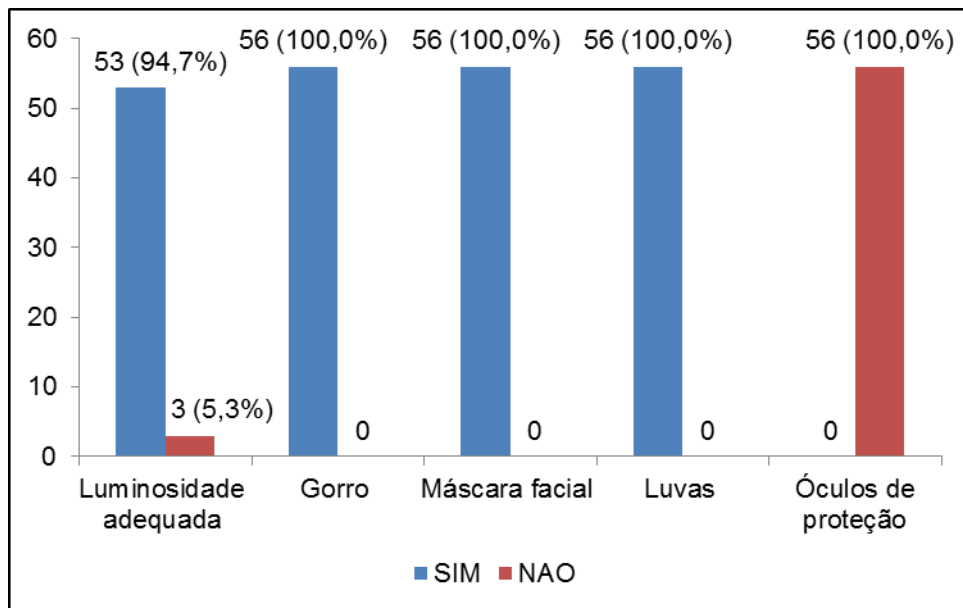


Gráfico 4 - Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de ambiente e equipamentos de proteção individual. São Luís/MA, 2013-2014.

A tabela 5 apresenta os dados referentes à etapa de manipulação do material. Na fase que trata da reunião do material necessário, houve um predomínio discreto dos enfermeiros que reuniram o material necessário antes do procedimento, de 26 (46,4%), em relação aos que não reuniram, com 24 (42,9%). Vale ressaltar que em 6 (10,7%) casos incluídos na coluna “Não se Aplica (NSA)” se referem às fases que foram realizadas pelas técnicas de enfermagem que auxiliavam o procedimento.

No estudo descrito por Souza *et al* (2007), todos os enfermeiros avaliados quanto ao conhecimento a respeito da técnica de CVD referiram a utilização de pacote específico contendo materiais pertinentes ao procedimento, reunidos previamente à sua realização. No entanto, os autores identificaram na etapa de execução que, dos 8 (100%) que realizaram os procedimentos, 7 (87,5%) os utilizou adequadamente.

Ainda na tabela 5, observamos na fase de abertura do material que, em 53 (95%) dos procedimentos, foi utilizada técnica asséptica. A maioria também foi identificada no que se refere ao uso dos materiais estéreis, tais como: gazes, seringas e agulhas. Em relação à manipulação do material pelos enfermeiros, verificamos que em 50 (89%) dos procedimentos, os materiais foram manipulados conforme a técnica asséptica com

contaminação dos materiais durante abertura do material em 1 (2,0 %) dos procedimentos, da gaze em 2 (4,0%) e da agulha em 3 (5%).

Ressalta-se que durante a realização do procedimento houve contaminação do material em 06 (10,7%) registros. Em relação à contaminação dos materiais, este achado foi similar ao descrito por Fonseca (2009) em que 5 (14,3%) dos materiais foram contaminados pelos enfermeiros.

Na mesma tabela, os procedimentos incluídos no grupo “Não se Aplica” foram realizados pelos técnicos de enfermagem que auxiliaram o procedimento.

Tabela 6 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de manipulação do material. São Luís/MA. 2013-2014.

FASES	SIM	%	NÃO	%	NSA	%	TOTAL	%
Reúne o material	26	46,4	24	42,9	6	10,7	56	100,0
Abre o material com técnica asséptica	53	94,6	1	1,8	2	3,6	56	100,0
Utiliza gaze estéril	54	96,4	2	3,6	0	0	56	100,0
Utiliza seringa estéril	51	91,0	0	0	5	9,0	56	100,0
Utiliza agulha estéril	47	84,0	3	5,3	6	10,7	56	100,0
Manipula o material com técnica asséptica	50	89,3	0	0	6	10,7	56	100,0

Fonte:Próprio autor

Como podemos observar na Tabela 7, que apresenta dados referentes à manipulação de instrumentais, em 55 (98%) dos procedimentos, os enfermeiros seguraram a pinça de forma apropriada e, em 52 (93%), os enfermeiros realizaram a dobradura da gaze utilizando as pinças. Vale destacar que as ações de desinfecção com álcool etílico e perfuração do frasco de soro foram desconsideradas em todos os procedimentos. Este achado deve-se ao fato de que, na rotina institucional, a antisepsia da pele e região periuretral é exclusivamente realizada utilizando a clorexidina degermante.

Tabela 7 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de manipulação dos instrumentais. São Luís/MA. 2013-2014.

FASES	SIM	%	NAO	%	TOTAL	%
Segura a pinça de forma adequada	55	98,2	1	1,8	56	100,0
Dobradura de gazes utilizando as pinças	52	92,9	4	7,1	56	100,0
Realiza desinfecção da parte superior do soro com álcool a 70%	0	0	56	100	56	100,0
Perfura o frasco de soro com agulha 40x12 mm	0	0	56	100	56	100,0
Perfura o soro com um único furo	0	0	56	100	56	100,0
Perfura o soro com vários furos	0	0	56	100	56	100,0

Fonte:Próprio autor

O Gráfico 5 apresenta os achados relativos ao procedimento de antisepsia da região genital e perineal. No que se refere ao uso de luvas estéreis durante o procedimento, identificamos que as mesmas foram utilizadas em todos os CVD's realizados, como também foram calçadas conforme técnica asséptica. Corroborando com os dados do estudo, Souza *et al* (2007) também identificaram o uso de luvas estéreis em todos os procedimentos, no entanto, quando questionados quanto à técnica de CVD, apenas 8 (27,6%) dos participantes especificaram o emprego de luva estéril para este procedimento.

Em relação à utilização de solução asséptica na etapa de antisepsia, registrou-se a contaminação da solução em 02 (4,0%) procedimentos. No que concerne à utilização de solução antisséptica, os enfermeiros fizeram uso de clorexidina degermante em todos os procedimentos conforme rotina do setor. Para o CDC (2009), a técnica de CVD consiste na utilização de técnicas assépticas e equipamento estéril, reduzindo os riscos de infecção por uso de cateter vesical. Entretanto, ressalta-se que não houve consenso quanto ao emprego de solução antisséptica, água estéril ou solução salina (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009).

Vale ressaltar que, conforme recomendação da literatura, a etapa de higienização íntima deveria preceder a antisepsia da região genital e perineal, no entanto, constatamos que na rotina institucional este procedimento não vem sendo realizado.

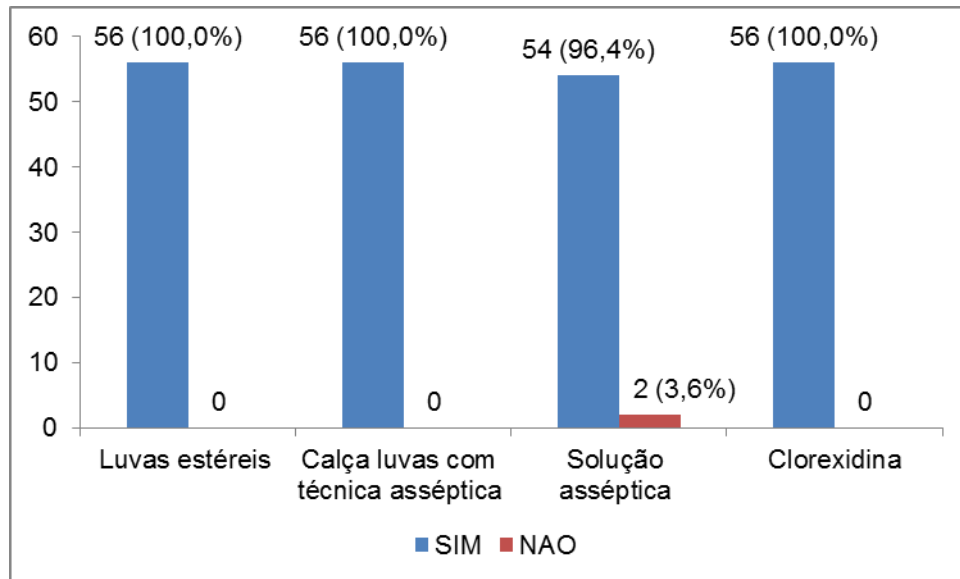


Gráfico 5 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de antissepsia da região genital e perineal. São Luís/MA, 2013-2014.

No que se refere à antissepsia em pacientes do sexo feminino, é possível observar na Tabela 7 que a antissepsia da vulva, grandes lábios, pequenos lábios e meato uretral foram realizados na técnica correta em 27 (100%) procedimentos (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; HOMENKO; LELIS; CURY, 2003; POSSO, 2006). Entretanto, observamos que o preceito de troca das gazes, a cada fase da higienização íntima, não foi obedecido em 14 (51,9%) dos procedimentos, levando à quebra da técnica asséptica. Este achado também foi descrito por Fonseca (2009) que verificou a repetição das gazes em 7 (20%) dos CVD observados.

Tabela 8 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de antissepsia em pacientes do sexo feminino. São Luís/MA. 2013- 2014.

FASES	SIM	%	NÃO	%	TOTAL	%
Realiza antissepsia da vulva	27	100	0	0	27	100,0
Realiza antissepsia dos grandes lábios	27	100	0	0	27	100,0
Realiza antissepsia dos pequenos lábios	27	100	0	0	27	100,0
Realiza antissepsia do meato uretral	27	100	0	0	27	100,0
Troca gaze a cada etapa	13	48,1	14	51,9	27	100,0

Fonte:Próprio autor

A Tabela 9 que apresenta os dados referentes à antissepsia da região genital e perineal em pacientes do sexo masculino, dos 29 (100%) procedimentos observados, destacamos que somente a antissepsia do corpo do pênis foi realizada em todos os procedimentos. No entanto, em 01 (3%) procedimento, as fases de antissepsia do prepúcio e glânde, a técnica não foi seguida pelos enfermeiros, bem como a limpeza do meato uretral não realizada em 04 (14%) procedimentos. Em relação à troca das gazes a cada etapa, também não foram executadas em todas as fases no quantitativo de 12 (41%) dos CVD, incidindo os pacientes a contaminação por quebra da técnica asséptica no procedimento. Fonseca (2009) também identificou contaminação durante os procedimentos de higienização íntima dos homens com índice de 5 (14,3%) de erros durante execução dos mesmos.

Ressaltamos ainda que durante a realização da etapa de antissepsia em homens, os enfermeiros não cumpriram o preceito do menos contaminado para o mais contaminado, iniciando pela antissepsia do corpo do pênis, seguida do prepúcio e glânde, realizando a antissepsia do meato uretral por último (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; HOMENKO; LELIS; CURY, 2003).

Tabela 9 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante a inserção do CVD na etapa de antissepsia em pacientes do sexo masculino. São Luís/MA. 2013- 2014.

FASES	SIM	%	NAO	%	TOTAL	%
Faz antissepsia do meato uretral com auxílio da pinça e gazes estéreis	25	86,2	4	13,8	29	100,0
Faz antissepsia do prepúcio	28	97	1	3	29	100,0
Faz antissepsia da glânde	28	97	1	3	29	100,0
Faz antissepsia do corpo do pênis	29	100	0	0	29	100,0
Troca a gaze a cada etapa	17	59	12	41	29	100,0

Fonte: Próprio autor

Em relação à técnica de inserção do CVD é possível observar na tabela 10 que, na maioria dos procedimentos, os enfermeiros obedeceram à sequência recomendada pela literatura variando de 8 (14,3%) a 49 (87,5%), porém, destaca-se que em todas as fases houve algum percentual de procedimentos não realizados pelo enfermeiro que variou de 48 (85,7%) a 7 (12,5%).

Dando continuidade à análise da tabela 10, observa-se que houve percentual elevado de procedimentos não realizados pelos enfermeiros nas fases de abertura da bandeja de instrumental, num quantitativo de 48 (85,7%); rompimento do lacre do gel lubrificante, representado por 25 (44,6%), bem como na aspiração da ampola contendo água destilada em 30 (53,6%) dos procedimentos foram realizados pelo profissional que auxiliou o procedimento.

Cabe ressaltar que a realização do teste do balonete também não foi executada durante a realização da inserção do CVD no quantitativo de 24 (44,6%) procedimentos. Desta forma, evidenciamos a ausência da padronização durante a etapa de inserção do cateter. Mazzo *et al* (2011) afirmam em sua pesquisa que 88,9% dos enfermeiros souberam descrever as etapas pertinentes ao cateterismo vesical, porém, os autores identificaram que não houve obediência em relação à sequência do referido procedimento.

Tabela 10 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante a etapa de inserção do cateter vesical de demora. São Luís/MA, 2013-2014.

FASES	SIM	%	NÃO	%	TOTAL	%
Abre a bandeja de instrumental para cateterismo vesical sobre o campo	8	14,3	48	85,7	56	100,0
Acrescenta a sonda Foley estéril em calibre compatível ao biótipo do paciente	47	84,0	9	16,0	56	100,0
Acrescenta seringa estéril com técnica asséptica	45	80,4	11	19,6	56	100,0
Acrescenta agulha estéril com técnica asséptica	43	76,8	13	23,2	56	100,0
Acrescenta gaze estéril com técnica asséptica	46	82,1	10	17,9	56	100,0
Acrescenta o coletor com sistema fechado estéril com técnica asséptica	49	87,5	7	12,5	56	100,0
Conecta a sonda no coletor de urina	49	87,5	7	12,5	56	100,0
Rompe lacre do gel lubrificante	31	55,4	25	44,6	56	100,0
Aspira ampola contendo água destilada com o auxílio de outra pessoa	26	46,4	30	53,6	56	100,0
Testa o balonete utilizando a seringa de 10 ml	31	55,4	25	44,6	56	100,0

Fonte: Próprio autor

No que concerne à etapa de inserção do CVD em pacientes do sexo masculino, a tabela 11 retrata que a sequência destes procedimentos foram realizados em

conformidade com o descrito na literatura (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009, HOMENKO; LELIS; CURY, 2003, LENZ, 2006). Quanto à identificação no coletor, não foram identificados em 19 (65,5%) dos procedimentos. No entanto, identificamos que a fixação do cateter vesical não foi realizada em 29 (100,0%) dos procedimentos, o que entra em contradição com os registros de Souza *et al* (2007), no qual 03 (60%) dos CVD foram obedecidas a fixação do cateter. A fixação do cateter está indicada como medida de prevenção contra o tracionamento do cateter, evitando, por sua vez, complicações urológicas decorrentes da manipulação inadequada deste dispositivo (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; HOMENKO; LELIS; CURY, 2003; MARVULO; NOGUEIRA, 2001).

Tabela 11 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante a etapa de inserção do Cateter Vesical de Demora em homens. São Luís, 2013-2014.

FASES	SIM	%	NÃO	%	TOTAL	%
Coloca lubrificante anestésico na seringa com a ajuda de um auxiliar	29	100,0	0	-	29	100,0
Posiciona o pênis perpendicularmente ao corpo	29	100,0	0	-	29	100,0
Introduz o bico da seringa no meato urinário injetando o gel anestésico	29	100,0	0	-	29	100,0
Introduz a sonda delicadamente no meato uretral até a bifurcação e aguarda a drenagem de urina.	29	100,0	0	-	29	100,0
Enche o balonete da sonda com seringa de 10 ml de água destilada e traciona-a delicadamente	29	100,0	0	-	29	100,0
Fixa a sonda na região suprapúbica com fita adesiva, sem tracionar.	0	-	29	100,0	29	100,0
Retira as luvas estéreis	28	96,6	01	3,4	29	100,0
Coloca a data no coletor de urina	10	34,5	19	65,5	29	100,0
Prende o coletor abaixo do nível do decúbito do paciente	27	93,1	02	6,9	29	100,0

Fonte: Próprio autor

Em relação à inserção do cateter vesical em pacientes do sexo feminino, foi observado na tabela 12 que na fase de retirada das luvas estéreis, em 03 (11,1%) dos procedimentos, os enfermeiros não retiraram as luvas após inserirem o cateter, dando

continuidade a outros cuidados antes de sua retirada. No que se refere à identificação no coletor, não foram identificados em 14 (51,9%) dos procedimentos. Também não houve fixação do cateter em 25 (92,6%) dos procedimentos. Assim, constatamos que ocorreram não conformidades na técnica em relação ao recomendado na literatura (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; HOMENKO; LELIS; CURY, 2003; LENZ, 2006).

Tabela 12 – Distribuição das ações dos enfermeiros durante a etapa de inserção do CVD em mulheres. São Luís/MA, 2013-2014.

FASES	SIM	%	NÃO	%	TOTAL	%
Lubrifica a sonda uretral com anestésico utilizando uma gaze estéril de apoio	25	92,6	2	7,4	27	100,0
Separa os pequenos lábios com o polegar e indicador	27	100,0	0	-	27	100,0
Expõe o vestíbulo da vagina	27	100,0	0	-	27	100,0
Introduz a sonda delicadamente no meato uretral e aguarda drenagem de urina, introduz 03 a 04 cm a mais	27	100,0	0	-	27	100,0
Enche o cuff da sonda com seringa de 10 ml de água destilada e traciona-a delicadamente	27	100,0	0	-	27	100,0
Fixa a sonda na coxa com fita adesiva, sem tracionar	2	7,4	25	92,6	27	100,0
Retira as luvas estéreis	24	88,9	3	11,1	27	100,0
Coloca a data no coletor de urina	13	48,1	14	51,9	27	100,0
Prende o coletor abaixo do nível do decúbito do paciente	25	92,6	2	7,4	27	100,0

Fonte:Próprio autor

Em relação à higienização das mãos após o CVD, o Gráfico 6 demonstrou na coluna que apresenta os dados referentes à higienização com água e sabão, que em 29 (52%) dos procedimentos, os enfermeiros não consideraram sua realização. Quanto a quem higienizou as mãos com preparações alcoólicas, identificamos que nenhum enfermeiro realizou este procedimento. Na pesquisa realizada por Nunes (2013), foi identificado que a higienização das mãos com água e sabão foi realizada em 131 (98%) dos procedimentos antes do curativo e em 158 (95,1%) após o procedimento. Na mesma pesquisa, a utilização da higienização das mãos com preparações com álcool foi efetivada em 38 (22,9%) antes e

21 (12,7%) depois dos curativos. Ainda conforme os achados de Nunes (2013) destaca-se que a higienização com água e sabão foi realizada conforme a técnica em 16 (9,6%) procedimentos antes e 21 (12,7%) após.

A adoção de medidas simples e de baixo custo, como a higienização das mãos com água e sabão ou álcool a 70% (gel ou glicerinado), ajudam a diminuir em torno de 30% dos casos de IRAS (WHO, 2006; BRASIL, 2008). Estas medidas são inversamente proporcionais à incidência das IRAS que implicam em culminando em altos índices de morbimortalidade entre os pacientes, prolongamento do período de internação hospitalar e oneram o sistema de saúde (WHO, 2009).

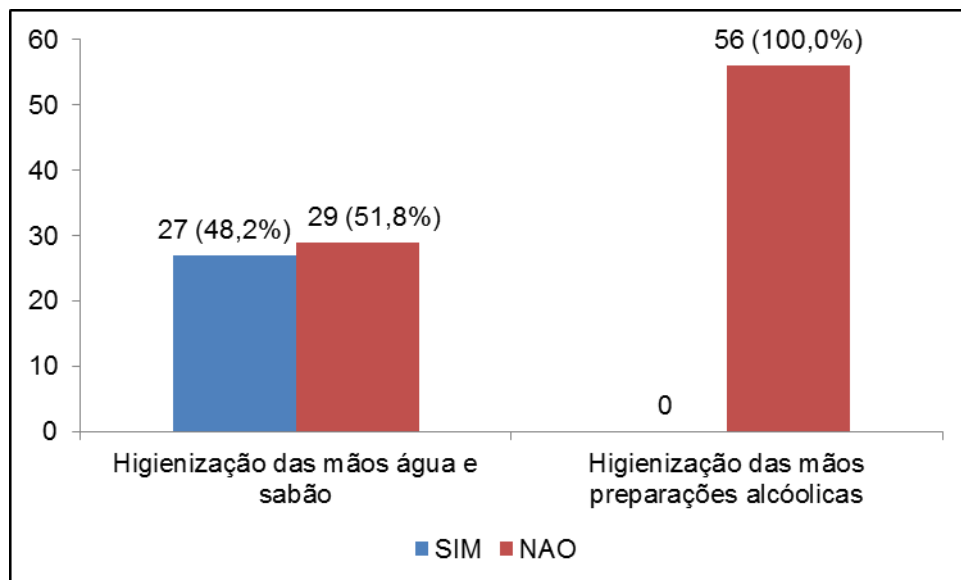


Gráfico 6 - Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de higienização das mãos após procedimento. São Luís/MA, 2013-2014.

No Gráfico 7 que trata da etapa de descarte dos materiais, verificamos que os materiais utilizados durante o CVD, bem como as luvas utilizadas, foram descartados de maneira correta em 55 (98%) dos procedimentos. No entanto, observamos que não houve descarte dos materiais perfuro-cortantes em 02 (4,0%) dos procedimentos. Ressaltamos ainda que na figura 9, no item “Não se aplica”, em 05 (9%) dos procedimentos foram realizados pelos profissionais que auxiliaram o procedimento. Estas variáveis também foram descritas por Nunes (2013) que avaliou a realização de curativos pelos enfermeiros de um hospital universitário e verificou que dos 166 procedimentos, em 163 (98,2%), as luvas foram descartadas e em 100 (60,2%) dos materiais perfuro-cortantes foram desprezados em recipiente adequado. Na pesquisa desenvolvida por Canalli, Moriya e Hayashida (2010) com 355 estudantes de enfermagem, foram identificados que 06 (10,9%) dos acidentes relatados

durante o descarte ocorreram com respingos de urina e sangue na pele e mucosas, tendo incidência maior de acidentes com sangue na forma percutânea, seguidos de incidentes com escarro.

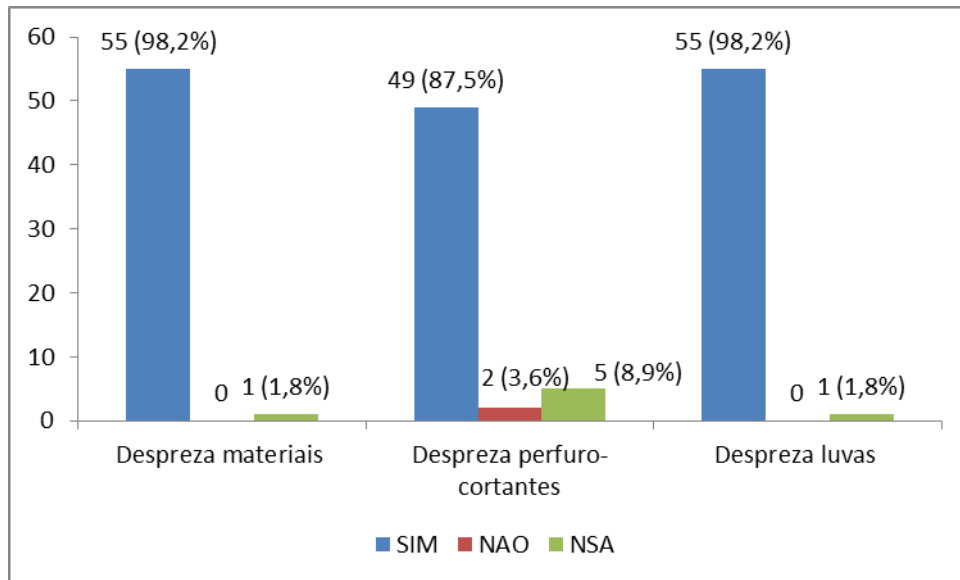


Gráfico 7 - Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de descarte de material: São Luís/MA, 2013-2014.

No Gráfico 8, no que se refere à organização da unidade do paciente, 75% dos enfermeiros recolheram o material e 55% organizaram a unidade do paciente. Os procedimentos agrupados na coluna “Não se aplica” foram realizados pelos técnicos de enfermagem do setor. No estudo desenvolvido por Nunes (2013), foi identificado que a maioria dos materiais utilizados foram recolhidos e descartados adequadamente, com registro de 01 (0,6%) procedimento no qual não foi organizada a unidade do paciente, no entanto, a limpeza da bandeja ou carrinho foi efetuada em 118 (71,1%) dos curativos observados.

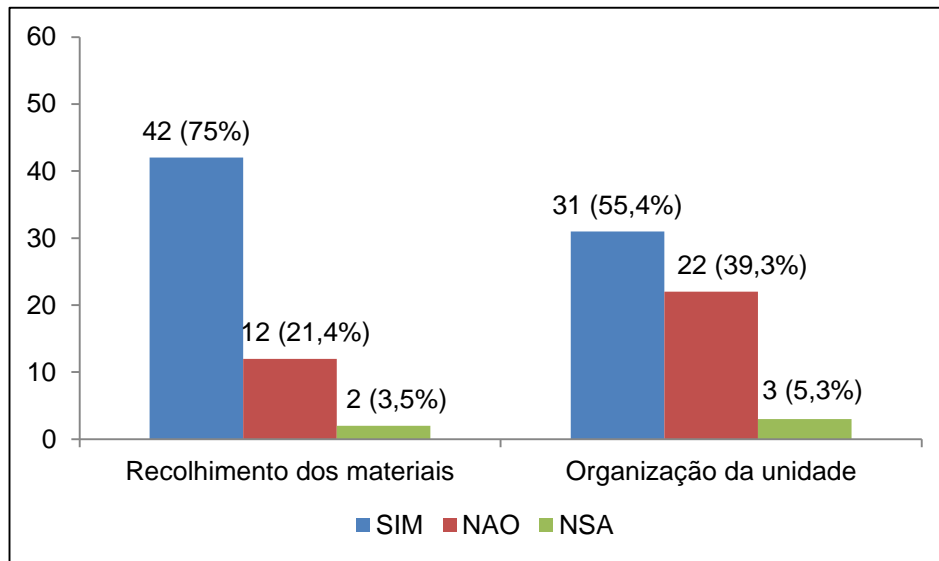


Gráfico 8 - Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de organização da unidade do paciente. São Luís/MA. 2013-2014.

No Gráfico 9, em relação à etapa registro do procedimento, identificamos que houve um quantitativo de 23 (41,0%) registros, fato atribuído a apenas uma (01) enfermeira que realizava a anotação no saco coletor, com informações referentes à data da inserção, iniciais do paciente e sua assinatura, atendendo parcialmente ao recomendado pela literatura. Porém, no que se refere à anotação de Enfermagem no prontuário e registro de intercorrência durante o CVD, todos os enfermeiros não registraram.

Mazzo *et al* (2011) destacaram em sua pesquisa que 5 (55,5%) dos enfermeiros afirmaram que a anotação de Enfermagem deveria ser realizada ao final do procedimento, destes, 33,3% concordaram que, além do registro em prontuário, a anotação deveria conter informações pertinentes à data de inserção do cateter e dados de identificação do profissional responsável pelo procedimento. Vale ressaltar que, embora não esteja configurada como fase da SAE, a anotação de Enfermagem está inserida no PE como instrumento para registro dos cuidados prestados, contribuindo para a avaliação da assistência prestada, bem como respaldo legal para os profissionais (HARADA *et al*, 2006).

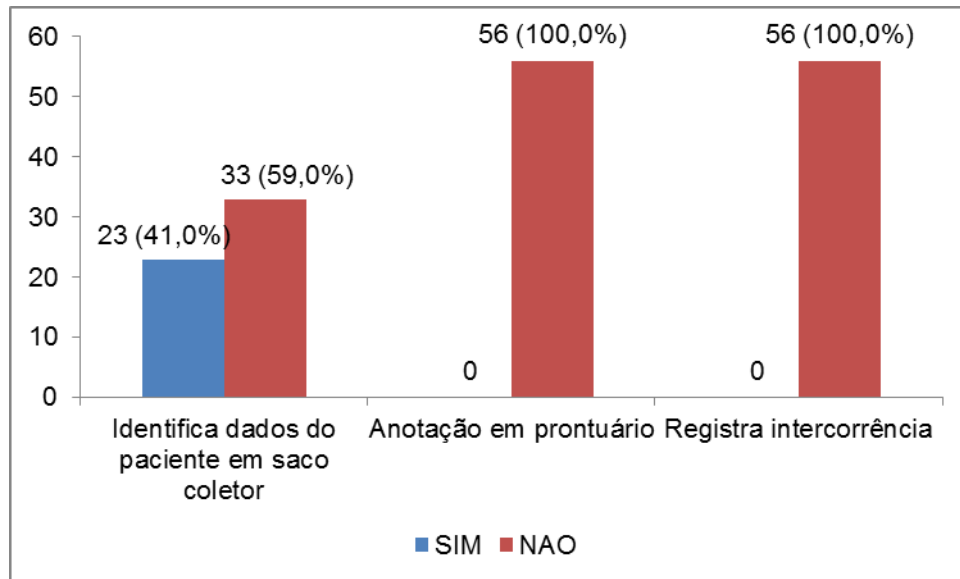


Gráfico 9 - Distribuição das ações dos enfermeiros durante instalação do CVD na etapa de registro do procedimento. São Luís/MA. 2013-2014.

5.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCO

O processo de identificação dos DE foi iniciado com a Identificação das ações que apresentaram não conformidade com a técnica de inserção do CVD no total de 32 fases, a saber: não higienização das mãos antes do contato com o paciente; não obediência ao tempo de duração de 40 a 60 segundos exigido para higienização das mãos; não realização das fases de abertura da torneira para molhar as mãos; não aplicação na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; não ensaboa as palmas das mãos, friccionando-as entre si; não esfrega a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa; não entrelaça os dedos e fricciona os espaços interdigitais; não esfrega o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa; não esfrega o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa; não fricciona as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa; não esfrega o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa; não realiza enxague das mãos, para retirar os resíduos de sabonete; não evita contato direto das mãos ensaboadas com a torneira; não orientação acerca do procedimento; Posição incorreta do paciente durante CVD; Privacidade do

paciente negligenciada; Não utilização dos óculos de proteção durante CVD; Manipulação dos materiais sem técnica asséptica; contaminação de materiais estéreis; Solução asséptica contaminada durante higiene íntima; antissepsia do meato uretral, do prepúcio e da glândula não realizadas; troca de gazes a cada etapa não obedecida; Teste do balonete antes e durante o procedimento não realizado; Conecta a sonda ao coletor somente após sua inserção; Cateter vesical não fixado conforme recomendado; Luvas estéreis não retiradas após procedimento; Higienização das mãos pouco executada após procedimento; Descarte de perfuro-cortante não realizado e Registro do procedimento não realizado.

Após a identificação das ações, foi realizada a construção dos diagnósticos de Enfermagem de risco relacionados à instalação do CVD foi embasada nas recomendações da CIPE que indicam que a composição dos Diagnósticos de Enfermagem deve incluir um termo do **Eixo Foco** e um termo do **Eixo Julgamento**, essencialmente, e, a inclusão de termos adicionais destes eixos ou de outros eixos (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2009). Assim, relacionamos o impacto destas ações e construímos 10 DE's a partir do termo "Risco", do **Eixo Julgamento**. A distribuição destes dados constituem o quadro 1 (Apêndice F).

Na sequência, foi construída a Tabela 13, que apresenta os diagnósticos de Enfermagem de risco das ações não conformes com a técnica do CVD identificados em maior frequência foram: risco para infecção, 24 (75,0%); risco para infecção cruzada, 15 (46,9%); técnica de assepsia comprometida, 8 (25,0%) e risco de lesão, 3 (9,4%). Destacamos para o fato de que o DE risco de infecção está elencado em maior frequência, porém, os demais DE's elaborados na Tabela 12 representam situação preocupante para a segurança da assistência, visto que em sua maioria convergem para possíveis complicações também relacionadas ao risco de infecção.

No tocante ao diagnóstico risco para infecção, aqui particularizamos a infecção urinária que está relacionada ao aparecimento de bacteriúria associada à febre e bacteremia, podendo evoluir para a sepse e contribuindo para aumento das taxas de mortalidade em até 3 vezes (PLATT; COLS, 1982 apud LENZ, 2006; WARREN; COLS, 1987 apud LENZ, 2006). Em relação aos diagnósticos de enfermagem de risco para: lesão, sangramento, dor aguda, disúria e para contaminação destacamos que podem estar associadas ao uso do CVD, que, em conformidade com a literatura, relacionam o trauma, hemorragia e inflamação (BURKITT; RANDALL, 1987 apud MARVULO; NOGUEIRA, 2001). Tais complicações podem levar à estenose uretral, que, por sua vez, constituem-se em complicação tardia, reincidindo o paciente a cuidados pertinentes às recidivas de ITU e retenção urinária, dentre outras (LENZ, 2006; MARVULO; NOGUEIRA, 2001).

Tabela 13 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco relacionados às ações não conformes com técnica de CVD. São Luís/MA. 2013 - 2014.

Diagnóstico de Enfermagem	Ações não conformes com técnica de CVD	
	n (32)	%
Risco para infecção	24	75
Técnica de Assepsia Comprometida	8	25
Risco para lesão	3	9,4
Risco para contaminação	2	6,2
Risco para infecção cruzada	15	46,9
Risco para ansiedade	2	6,2
Risco para sangramento	1	3,1
Risco para disúria	1	3,1
Risco para dor aguda	1	3,1
Continuidade do cuidado comprometido	1	3,1

Fonte:Próprio autor

6 CONCLUSÃO

Os diagnósticos de Enfermagem de risco para Eventos Adversos relacionados à inserção do CVD construídos foram: risco para infecção; técnica assepsia comprometida; risco de lesão; infecção cruzada; risco para ansiedade; risco para contaminação; risco para sangramento; risco para disúria; risco para dor aguda e risco de continuidade do cuidado comprometido.

As ações de Enfermagem identificadas como não conformes com a técnica de CVD foram: higienização das mãos antes e após do procedimento; orientações, posicionamento e privacidade negligenciados; não utilização dos óculos de proteção durante CVD; técnica asséptica não executada durante a manipulação dos materiais; higiene íntima em homens não cumprida na sequência correta; preceito da troca de gazes a cada etapa não obedecida; não realização do teste do balonete antes do procedimento; conexão da sonda ao coletor após sua inserção; cateter vesical não fixado conforme recomendado; luvas estéreis não retiradas após procedimento; descarte de perfuro-cortante não realizado; registro do procedimento não efetivado.

Os possíveis impactos para Eventos Adversos associados às ações foram: contaminação do procedimento; desobediência ao Código de Ética profissional; inobservância ao decúbito indicado conforme sexo; exposição desnecessária do corpo do paciente; acidente biológico com respingos de urina; quebra da técnica asséptica; lesão uretral e vesical; tracionamento do cateter; contaminação de equipamentos e da unidade do paciente; acidente biológico com material perfuro-cortante; avaliação da assistência prejudicada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados pertinentes à técnica de inserção do cateter vesical permitem-nos inferir que, apesar de ser um procedimento amplamente realizado no âmbito intra-hospitalar, ainda persistem distorções na realização de sua técnica, refletindo a falta de padronização do procedimento entre os profissionais que a executam. Assim, os pacientes tornam-se alvos de erros em decorrência destas práticas inseguras.

Dentre as limitações do estudo estão o fato de ter sido desenvolvido em único serviço e também não ter sido possível realizar o seguimento dos pacientes após o procedimento.

O presente estudo pretendeu contribuir para a melhoria da assistência, tornando-a mais segura para os pacientes, à medida que fornecerá informações pertinentes a instalação do CVD. Todavia, mudanças no panorama da assistência deverão ser implementadas, permitindo que os profissionais aperfeiçoem esta técnica. Sugerimos maior ênfase nos treinamentos e atualizações no que se refere à inserção, manuseio e remoção deste dispositivo, bem como a sensibilização dos profissionais e gestores às questões inerentes à Segurança do Paciente.

Estudos desta natureza vêm a contribuir com o serviço, mas também, com a proteção dos profissionais, em especial dos enfermeiros, que via de regra, são penalizados pelas práticas quando pesquisas mostram que estas não estão relacionadas diretamente ao profissional, mas também, às questões institucionais.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE - APECIH. **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos**. Office Editora e Publicidade: São Paulo, v. 29, 2008, 901-994p.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B.M.; BARRETO, R. A. S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 118 – 127, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 16 jun. 2014

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013b.

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – ANVISA. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC nº. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos**. Brasília: ANVISA, 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Manual de segurança do paciente – higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA/MS, 100 p. 2008a.

BRASIL. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Ministério da Saúde, Textos Básicos em Saúde, Série B. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 68p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 6: equipamento de Proteção Individual – EPI**. 1978. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812DC56F8F012DCDAD35721F50/NR-06%20\(atualizada\)%202010.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812DC56F8F012DCDAD35721F50/NR-06%20(atualizada)%202010.pdf)>. Acesso em: 6 ago. 2013c

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rastreamento do câncer de próstata. 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf>. Acesso em 10 set 2014.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 abr. 2013a, Seção 1, p. 43-44.

CANALLI, R.T.C.; MORIYA, T.M.; HAYASHIDA, M. Acidentes com material biológico entre estudantes de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.2, p. 259-64, abr./jun. Rio de Janeiro, 2010.

CARTONI, D.M. Ciência e conhecimento científico. Anuário da Produção Acadêmica Docente. **Anhanguera Educacional S.A.**, v. 3, n.5, p 9-34. São Paulo, 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) EVENT. Guideline and procedures for monitoring CAUTI, August, 2011. <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/7pscCAUTIcurrent.pdf>. Acesso em 20 jun 2012.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guideline for Prevention of Catheter-associated urinary tract infections, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND REVENTION. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR**, v.51, n. RR-16, p.1-45, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Comissão de Business Intelligence**: Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília. Março 2011, versão 1.0, 71 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2007

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE Versão 1**: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor Editora, 2007.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE Versão 2**: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo: Algor Editora, 2009.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Linhas de orientação para elaboração de catálogos CIPE**. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Versão 1.0. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - CIPE. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006.

CONTERNO, L.O.; LOBO, J.A.; MASSON, W. Uso excessivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1089-96, 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

CORREA, F.C.; DONATO, M. Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva – A percepção da equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enfermagem**, v.02, n, 11, p. 197-204, 2007.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H. da; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v.2, n.1, p.186-194, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>. Acesso em: 30 set 2012.

FONSECA, P.C.B. **Infecção do trato urinário associada à sondagem vesical numa unidade de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado). 98 f. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

FREITAS, C.M. de. Avaliação de riscos como ferramenta para a vigilância ambiental em saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n.3/4, p.227-239, 2002.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Rev.Esc. Anna Nery Enferm**, v. 13, n. 1, p. 188-193, jan/mar, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; COLER, M.S. Centro CIPE do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Rev.Bras Enferm**, v. 61, n. 6, p. 888-91, Brasília, 2008.

GOMES, V.L.O.; BACKES, V.M.S.; PADILHA, M.I.C.S.; VAZ, M.R.C. Evolução do conhecimento científico na Enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Invest Educ Enferm**, v. 25, n. 2, p. 108-115, 2007.

GOIS, A.L.B. de; VERAS, R.P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p.2859-2869, 2010.

GUERRER FJL, BIANCHI ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 2, p. 355-62. 2008.

HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, M.da L.G.; PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. **O erro humano e a Segurança do Paciente**. 2 ed. Atheneu: São Paulo, 2006.

HAUSMANN, M. PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v.18, n. 2, p. 258-65, 2009

HINRICHSEN, S.C.A.; SOUZA, A.A.R.; COSTA, A; AMORIM, M.M.R.; HINRICHSEN, M.G.M.L.; HINRICHSEN, S.L. fatores associados à bacteriúria após sondagem vesical na cirurgia ginecológica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 2, p. 181-7, 2009.

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

HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. EPU: São Paulo, 103 p. 1979.

KLETEMBERG, D.F.; SIQUEIRA, M.D.; MANTOVANI, M.F. Uma história do Processo de Enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Rev.Esc. Anna Nery Enferm**, v. 10, n. 3, p. 478-486, 2006.

KOHN, L.T.; CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. To err is human: building a safer health system. **National Academy Press**. Washington, D.C. 2000.

LENZ, L.L. Cateterismo vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, p 82-91, 2006.

LIMA, L.F.; LEVENTHAL, L.C.; FERNANDES, M.P.do P. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. **Einstein**, v.6, n.4, p. 434-438, 2008.

LINS, S.M.S.B.; SANTO, F.H.E.; FULY, P.S.C. Aplicabilidade da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem no Brasil. **Rev.Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 2, p. 359-65, abr/Jun, 2011.

MADALOSSO, A.R.M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo do cotidiano profissional. **Rev. Latinoam Enferm**. v.8, n.3, p.11-17, jul. 2000.

MARIN, A.; HAZIOT, C.R.dos S. Higienização corporal. In: SILVA, S.C.; SIQUEIRA, I.L.C.P. de; SANTOS, A.E. dos. *Boas Práticas de Enfermagem em adultos: procedimentos básicos*. Atheneu/ Hospital Sírio Libanês, v.1, p 45-53. São Paulo, 2008.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C.; MENDES, W.; PAVÃO, A.L.B. Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC Health Services Research**, v.11, p.223, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/223>>. Acesso em: 12 abr 2012.

MARVULO, M.M.L.; NOGUEIRA, M.S. Cateterismo uretral: algumas complicações decorrentes dessa prática. [s.l.]: Nursing, p.17-19, 2001.

MAZZO, A.; GODOY, S.; ALVES, L.M.; MENDES, I.A.C.; TREVISAN, M.A.; RANGEL, E.M.L. Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n.2, p.333-339, abr./jun, 2011.

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Rev Bras Enferm.*v.59, n.5, p. 661-5, set./out, 2006.

NASCIMENTO, C.C.P.; TOFFOLETTO, M.C.; GONÇALVES, L.A.; FREITAS, W.G.; PADILHA, K.G. Indicadores de resultados da assistência: Análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v.16, n.4, jul./ago. 2008. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 13 mar 2012.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 2, p.227-230, 2005.

NÓBREGA, R.V; NÓBREGA, M.M.L; SILVA, K.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Rev Bras Enferm**, vol. 64, n.3, p 501-10, mai./jun. Brasília, 2011.

NUNES, F. D. O. **Segurança do paciente**: levantamento de diagnósticos de risco durante a realização de curativos. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. **Final Technical report and Technical Annexes**, v. 11, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 01 ago 2012.

PADILHA, K.G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 9, n.5, p. 91-96, set./out. 2001. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf/>>. Acesso em: 26 abr 2012.

PEDREIRA, M.L.G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paulista de Enfermagem**, n. 22, p. 880-881, 2009.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 11ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 596 p.

PIMPÃO, F. D.; LUNARDI, W.D. Filho; VAGHETTI, H. H.; LUNARDI, V. L. Percepção da equipe de enfermagem acerca da prescrição de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, n.9, v. 3, p. 510-517, Jul./Set, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Artmed: Porto Alegre, 2011.

POSSO, M.B.S. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. **Atheneu**, p.109-111. São Paulo, 2006.

PRIMO, M.G.B.; RIBEIRO, L.C.M.; FIGUEIREDO, L.F.S.; SIRICO, S.C.A.; SOUZA, M.A.de. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. n.12, v. 2, p.266-7, 2010. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a06.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2014

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2012. Disponível em:<<http://www.R-project.org/>>. Acesso em: 17 mar. 2014

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**. v. 320, p.768-770, 2000.

ROSSO, M.; SILVA, S.H.; SCALABRIN, E.E. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 3, p. 523-31, 2009.

SANTOS, I. dos; CASTRO, C.B. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**. v. 4, n.1, p. 44-60. 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 16 jun. 2014.

SILVA, A.E.B.C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.3, p. 422, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 13 mar 2012

SILVA, R.C. da; FERREIRA, M.A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, jan./fev, p. 98-105, 2011.

STAMM, A.M.N. de F.; COUTINHO, M.S.S.de A. Infecção do trato urinário relacionada aocateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. **Rev Ass Med Brasil**, v.45, n.1, p.27-33, 1999.

STAMM, A.M.N. de F.; FORTE, D.Y.; SAKAMOTO, K.S.; CAMPOS, M.L.; CIPRIANO, Z.M. Cateterização vesical e Infecção do Trato Urinário: estudo de 1092 casos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.35, n.2, p.72-77, 2006.

SOUZA, A.C.S.; TIPPLE, A.F.V.; BARBOSA, J.M.; PEREIRA, M.S.; BARRETO, R.A.S.S. Cateterismo vesical: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. **Rev Eletr. Enf.** v.9, n.3, p.724-735, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a12.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

VALADARES, G.V; VIANA, L.O. Vivendo o choque da realidade: a inserção do enfermeiro na especialidade. **Rev Enferm UERJ**, v. 17, n. 1, p. 81-85, 2009.

VASCONCELOS, B. M.; REIS, A. L. R. M.; VIEIRA, M. S. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 1, n. 1, p. 99-111, nov./dez. 2008.

VENDITTI; C.V.; SILVESTRE, J.G. Cateterismo Vesical. In: SILVA, S.C.; SIQUEIRA, I.L.C.P. de; SANTOS, A.E. dos. Boas Práticas de Enfermagem em adultos: procedimentos básicos. **Atheneu/ Hospital Sírio Libanês**, v.2, p 45-55. São Paulo, 2008.

VIANNA, L.A.C. Desafios e perspectivas para a Enfermagem na próxima década. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.5, 2011.

VIEIRA, F.A. Ações de enfermagem para prevenção de infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora. **Einstein**, v.7, n.3, p.372-375, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Alliance for Safer Health Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO Press; 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: Forward Programme 2006-2007, Switzerland, 2006.

WORLD HEATH ORGANIZATION. The WHO Guidelines on hand hygiene in health care (Advanced Draft). Global Patient Safety Challenge 2005-2006: "Clean Care Is Safer Care". Geneva: WHO Press, 2006. 205 p.

ZAMBON, L.S.; GALLOTTI, R.M.D. Segurança do paciente: uma nova dimensão como base da qualidade da assistência de saúde. **Revista Eletrônica da Sociedade de Clínica Médica/Regional**, v. 1, n. 2, nov. 2011.

APÊNDICES

APENDICE A - Instrumento A: Identificação do enfermeiro que instalou CVD

INSTRUMENTO A - IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO QUE INSTALOU CVD

Nº _____	Sexo: M (<input type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>)	Idade: _____
Estado Civil: Solteiro (a) (<input type="checkbox"/>) Casado(a) (<input type="checkbox"/>) Viúvo(a) (<input type="checkbox"/>)		
Renda Familiar*: SM _____		
Formação acadêmica em Enfermagem:		
Tempo de formação em Enfermagem: _____		
Possui pós-graduação em Enfermagem**: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não		
Qual? _____		

Trabalho em Enfermagem		
Tempo de experiência assistencial: _____		
Número de vínculos empregatícios: _____		
Turno de serviço: (<input type="checkbox"/>) Matutino (<input type="checkbox"/>) Vespertino (<input type="checkbox"/>) diurno (<input type="checkbox"/>) Noturno		
Experiência Profissional***		
Ambulatório	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	TIPO: _____
Atenção Básica	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	TIPO: _____
Clínica Cirúrgica	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	TIPO: _____
Clínica Médica	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	TIPO: _____
Centro Cirúrgico	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	TIPO: _____
Terapia Intensiva	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	TIPO: _____
Urgência e Emergência	(<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO	TIPO: _____
Outro.		
Qual? _____		
NOTAS:		
* Salário Mínimo.		
**Considerar apenas pós-graduação concluída.		
*** Tipo: As – Assistencial; Gr – Gerencial.		

APENDICE B - Instrumento B: Identificação do paciente

INSTRUMENTO B - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº: _____ Sexo: M () F ()

Idade: _____

Patologia: _____

Cirurgia: _____

Caracterização: Eletiva () Urgência ()

Histórico do paciente	NÃO	SIM	ANOTAÇÕES
História Anterior de CVD?			
Há quanto tempo foi submetido ao procedimento?			
Tempo de permanência em uso de CVD?			
Complicações relacionadas ao uso de CVD?			
Doença do Trato Geniturinário?			
Se tiver, há quanto tempo?			
Fez tratamento*?			

NOTAS: CVD- Cateter Vesical de Demora

* Am – automedicação; Cm – Complementar; PM – Prescrição Médica.

APENDICE C - *Check list* para instalação do cateter vesical de demora

CHECK LIST PARA INSTALAÇÃO DO CATETER VESICAL DE DEMORA

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Tempo de duração de 40 a 60 segundos			
Abre a torneira e molha as mãos, evitando encostar-se a pia.			
Aplica na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.			
Ensaboa as palmas das mãos, friccionando-as entre si.			
Esfrega a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.			
Entrelaça os dedos e fricciona os espaços interdigitais.			
Esfrega o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.			
Esfrega o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.			
Fricciona as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.			
Esfrega o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.			
Enxagua as mãos, retirando os resíduos de sabonete.			

Evita contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.			
Seca as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e segue pelos punhos. Em torneiras com fechamento manual, utiliza papel toalha.			
Higieniza as mãos antes do contato com o paciente			

ORIENTAÇÃO, POSICIONAMENTO E PRIVACIDADE	SIM	NÃO	NSA	OBSERVAÇÕES
Orienta a (o) paciente quanto ao CVD*				
Auxilia a (o) paciente quanto à posição adequada para CVD**				
Respeita a privacidade ao paciente				

AMBIENTE E EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO ADEQUADOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Luminosidade adequada para procedimento			
Utiliza gorro			
Utiliza máscara facial			
Utiliza luvas			
Utiliza óculos de proteção			

* Considerar NÃO para pacientes sedados/anestesiados.

** Mulher: posição ginecológica; Homem: decúbito dorsal.

MANIPULAÇÃO DO MATERIAL	SIM	NÃO	NSA	OBSERVAÇÕES
Reúne o material no período transoperatório				

Abre o material com técnica asséptica				
Utiliza gaze estéril				
Utiliza seringa estéril				
Utiliza agulha estéril				
Manipula o material com técnica asséptica				

MANIPULAÇÃO DE INSTRUMENTAIS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Segura a pinça de forma adequada			
Realiza dobradura da gaze utilizando as pinças			
Realiza desinfecção da parte superior do soro com álcool a 70%			
Perfura o frasco de soro com agulha 40x12mm			
Perfura o soro com um único furo			
Perfura o soro com vários furos			

HIGIENE ÍNTIMA	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Calça luvas de procedimento			
Forra o leito com uma toalha			
Higieniza o períneo no sentido anteroposterior			
Utiliza compressas úmidas em água e sabão			
Remove o sabão com compressa úmida com água			
Seca a região com outra compressa seca			
Despreza as luvas de procedimento			

Higieniza as mãos			
-------------------	--	--	--

ANTISSEPSIA DA REGIÃO GENITAL E PERINEAL	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Usa luvas estéreis			
Calça luva com técnica asséptica			
Realiza antissepsia com solução asséptica			
Realiza antissepsia com clorexidina degermante			
MULHER	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Realiza antissepsia da vulva			
Realiza antissepsia dos grandes lábios			
Realiza antissepsia dos pequenos lábios			
Realiza antissepsia do meato uretral			
Troca gaze a cada etapa			
HOMEM	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Faz antissepsia do meato uretral com auxílio da pinça e gazes estéreis			
Faz antissepsia do prepúcio			
Faz antissepsia da glândula			
Faz antissepsia do corpo do pênis			
Troca a gaze a cada etapa			

Retira as luvas utilizadas para antissepsia			
---	--	--	--

Higieniza as mãos			
-------------------	--	--	--

INSERÇÃO DO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Abre a bandeja de instrumental para cateterismo vesical sobre o campo			
Acrescenta a sonda Foley estéril em calibre compatível ao biótipo do paciente			
Acrescenta seringa estéril com técnica asséptica			
Acrescenta agulha estéril com técnica asséptica			
Acrescenta gaze estéril com técnica asséptica			
Acrescenta o coletor com sistema fechado estéril com técnica asséptica			
Conecta a sonda no coletor de urina			
Rompe lacre do gel anestésico			
Aspira ampola contendo água destilada com o auxílio de outra pessoa			
Testa o balonete utilizando a seringa de 10 ml.			
HOMEM	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Coloca lubrificante anestésico na seringa com a ajuda de um auxiliar			
Posiciona o campo fenestrado sobre o períneo expondo o pênis pela abertura sem contaminar			
Posiciona o pênis perpendicularmente ao corpo			
Introduz o bico da seringa no meato urinário injetando a gel anestésico			
Introduz a sonda delicadamente no meato uretral até a bifurcação do cateter e aguarda a drenagem de urina.			

Enche o balonete da sonda com seringa de 10 ml de água destilada e traciona-a delicadamente			
Fixa a sonda na região suprapúbica com fita adesiva, sem tracionar.			
MULHER	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Lubrifica a sonda uretral com anestésico utilizando uma gaze estéril de apoio			
Posiciona o campo fenestrado sobre o períneo expondo o pênis pela abertura sem contaminar			
Separa os pequenos lábios com o polegar e indicador			
Expõe o vestíbulo da vagina			
Introduz a sonda delicadamente no meato uretral e aguarda drenagem de urina, introduz 03 a 04 cm a mais			
Enche o <i>cuff</i> da sonda com seringa de 10 ml de água destilada e traciona-a delicadamente			
Fixa a sonda na coxa com fita adesiva, sem tracionar			

Retira as luvas estéreis			
Coloca a data no coletor de urina			
Prende o coletor abaixo do nível do decúbito do paciente			

DESCARTE DO MATERIAL	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Despreza os materiais utilizados em recipiente adequado (lixo contaminado)			

Despreza os materiais perfurantes no recipiente adequado			
Despreza as luvas no recipiente adequado (lixo contaminado)			

ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DO PACIENTE	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Recolhe todo o material			
Organiza a unidade do paciente			

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS APÓS PROCEDIMENTO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Realiza lavagem das mãos			
Higieniza as mãos com solução alcoólica			

REGISTRO DO PROCEDIMENTO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Identifica em saco coletor/etiqueta			
Realiza anotação de Enfermagem em prontuário			
Registra intercorrência durante procedimento			

APENDICE D - Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido - Enfermeiro

TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Enfermeiro

Sr(a), estou convidando você a fazer parte da pesquisa que é vinculada ao Mestrado Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, intitulada “Diagnósticos de Enfermagem de Risco para Eventos Adversos durante a instalação do cateter vesical de demora”, que objetiva descrever as ações de Enfermagem durante a instalação do cateter vesical de demora que representem risco para danos aos pacientes e relacionar estas ações de enfermagem com os diagnósticos de risco.

Esta pesquisa utilizará três formulários, porém apenas o formulário A deverá ser preenchido pelo (a) Sr (a). Ele é composto por perguntas referentes ao seu tempo de formação, experiência e capacitação profissional, turnos de trabalho. O tempo de preenchimento deste instrumento levará até 5 minutos.

O formulário C consiste em um roteiro de observações que serão feitas durante a instalação do cateter vesical de demora. Para tanto, permaneceremos preenchendo este instrumento durante a realização do procedimento no paciente por meio de observação.

Este estudo será importante para fornecer dados para o aprimoramento da Assistência de Enfermagem prestada ao paciente, com objetivo de assegurar uma assistência de qualidade e segura. Devo, porém, esclarecer que:

- O período de coleta dos dados é de aproximadamente três meses e que, durante este período, o (a) Sr(a) será observado(a) na realização do procedimento de Cateterismo Vesical de Demora em vários pacientes.

- Sua participação na pesquisa é de livre e espontânea vontade, se você recusar não acarretará em prejuízo algum.

- Sua participação não expõe a nenhum grau de risco e você não terá nenhum custo ou compensação financeira.

- É garantido o anonimato e sigilo dos seus dados.

- Você pode desistir desta pesquisa, em qualquer etapa.

- Seus dados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

- Por fim, os resultados da pesquisa retornarão à sua instituição por meio de relatório, sem identificação dos participantes, bem como sugestões ou estratégias para aprimorar a Assistência de Enfermagem, se for necessário.

Informamos ainda que este termo de consentimento será impresso em duas vias, sendo uma entregue a você e uma ficará com a pesquisadora.

Caso necessite de qualquer esclarecimento ou obter informações sobre o andamento da pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Abaixo seguem os dados para contato.

Pesquisadora proponente:

Lidiane Barros, fone: 98 8139 5612, email: lidibarro84@hotmail.com

Pesquisadora Responsável:

Sirliane Paiva, fone: 98 3301 9701, email: paivasirliane@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa / Hospital Universitário:

Fone: 98 2109 1250 (para esclarecimento quanto às questões éticas)

Declaro estar ter sido informado do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da pesquisa

APENDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Paciente

Sr. (a), estou convidando você a participar da pesquisa que está sendo realizada pelo Mestrado Acadêmico de Enfermagem – UFMA, intitulada de “Diagnósticos de Enfermagem de Risco para Eventos Adversos durante a instalação do cateter vesical de demora”, que tem por objetivo conhecer as ações de Enfermagem durante a colocação do cateter vesical de demora que possam fazer algum problema para o Sr. (a).

Este estudo utilizará dois formulários para a coleta de dados. A pesquisa se dará em dois momentos, no primeiro o Sr (a) responderá algumas perguntas do instrumento B, um formulário com perguntas sobre sua doença atual, qual a cirurgia o senhor será submetido, se já foi sondado anteriormente e se teve algum problema por ter sido sondado. Alguns dados serão pesquisados em seu prontuário.

No segundo momento, a pesquisadora ou uma acadêmica de enfermagem preencherão o formulário C, que é em um roteiro de observações que serão feitas durante a realização do procedimento que a enfermeira fará no (a) Sr(a).

O tempo de preenchimento do instrumento B levará em média 5 minutos, enquanto que o instrumento C será preenchido durante a realização do procedimento. Portanto, pedimos sua autorização para ficarmos observando o procedimento e anotar somente o que for importante para a pesquisa.

Esta pesquisa será importante fonte de informações quanto à assistência de enfermagem prestada, visando garantir a qualidade desejada e a segurança para os pacientes no hospital.

Se o (a) Sr. (a) aceitar participar da pesquisa, devo-lhe informa-lo que:

- Sua participação tem caráter livre e de espontânea vontade.
- Se não quiser participar não acarretará nenhum prejuízo.
- O Sr. (a) poderá desistir da sua participação nesta pesquisa em qualquer momento.
- Sua participação nesta pesquisa não o (a) expõe a nenhum risco, sem custos e/ou compensações financeiras.
- Será garantido o anonimato e o sigilo dos seus dados será mantido confidencialmente.

Informo-lhe ainda que estes dados serão utilizados apenas nesta pesquisa e seus resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Informamos ainda que este termo de consentimento será impresso em duas vias, sendo uma entregue a você e uma ficará com a pesquisadora.

Caso necessite de qualquer esclarecimento ou obter informações sobre o andamento da pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável. Abaixo seguem os dados para contato.

Pesquisadora proponente:

Lidiane Barros, fone: 98 8139 5612, email: lidibarro84@hotmail.com

Pesquisadora Responsável:

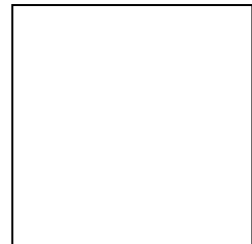
Sirliane Paiva, fone: 98 3301 9701, email: paivasirliane@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa / Hospital Universitário:

Fone: 98 2109 1250 (para esclarecimento quanto às questões éticas)

Declaro ter sido informado do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da pesquisa



APENDICE F - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco em decorrência das ações não conformes com técnica de CVD

Quadro 1 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco em decorrência das ações não conformes com técnica de CVD. São Luís/MA. 2013-2014.

Nº DE AÇÕES	ETAPAS	AÇÕES EM NÃO CONFORMIDADE	RISCO PARA EVENTOS ADVERSOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CIPE
				Julgamento + Foco + Complementar*
1	Higienização das mãos	Higieniza as mãos antes do contato com o paciente	Contaminação do procedimento Contaminação do procedimento	Risco para Infecção Risco para Infecção Cruzada Risco para Infecção Risco para Infecção Cruzada
2		Tempo de duração de 40 a 60 segundos		
3		Abre a torneira e molha as mãos, evitando encostar-se a pia.		
4		Aplica na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.		
5		Ensaboia as palmas das mãos, friccionando-as entre si.		
6		Esfrega a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.		
7		Entrelaça os dedos e fricciona os espaços interdigitais.		
8		Esfrega o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.		

9		Esfrega o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.		
10		Fricciona as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.		
11		Esfrega o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.		
12		Enxagua as mãos, retirando os resíduos de sabonete.		
13		Evita contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.		
14	Orientação, posicionamento e privacidade	Não orientação acerca do procedimento	Desobediência ao Código de ética profissional	Risco para Ansiedade aumentada
15		Posição incorreta do paciente durante CVD	Inobservância ao decúbito indicado conforme sexo	Risco para lesão
16		Privacidade do paciente negligenciada	Exposição desnecessária do corpo do paciente	Risco para Ansiedade
17	Ambiente e EPI	Não utilização dos óculos de proteção durante CVD	Acidente biológico com respingos de urina	Risco para contaminação com urina Risco para Infecção
18	Manipulação do material	Manipularam os materiais sem técnica asséptica	Contaminação do procedimento	Risco para Infecção Técnica de assepsia comprometida
19		Contaminação de materiais estéreis		
20	Higienização íntima	Solução asséptica contaminada durante higiene íntima	Contaminação do procedimento	Risco para Infecção Técnica de assepsia comprometida

21	Higiene íntima masculina	Antissepsia do meato uretral não realizada	Quebra da técnica asséptica Contaminação do procedimento	Risco para Infecção Técnica de assepsia comprometida
22		Antissepsia do prepúcio não realizada		
23		Antissepsia da glândula não realizada		
24		Troca de gazes a cada etapa não obedecida		
25	Higiene íntima feminina	Troca de gazes a cada etapa não obedecido	Contaminação do procedimento	Risco para Infecção Técnica de assepsia comprometida
26	Inserção do CVD	Teste do balonete antes e durante o procedimento não realizado	Lesão uretral e vesical	Risco para lesão Risco para dor aguda
27		Conecta a sonda ao coletor somente após sua inserção	Contaminação do procedimento	Risco para Infecção Técnica de assepsia comprometida
28		Cateter vesical não fixado conforme recomendado	Tracionamento do cateter	Risco para lesão Risco para sangramento de mucosa urinária Risco para disúria Risco para dor aguda
29		Luvas estéreis não retiradas após procedimento	Contaminação de equipamentos e da unidade do paciente	Risco para Infecção Risco para Infecção Cruzada
30	Higienização das mãos após procedimento	Higienização das mãos pouco executada após procedimento	Contaminação do procedimento	Risco para Infecção Risco para Infecção Cruzada

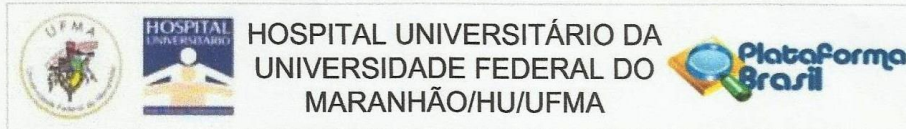
31	Descarte do material	Descarte de perfuro-cortante não realizado	Acidente biológico com material perfuro-cortante	Risco para contaminação com sangue e urina
32	Registro do procedimento	Registro do procedimento não realizado	Avaliação da assistência prejudicada	Risco de continuidade do cuidado comprometido

* Eixo complementar: eixos elencados na CIPE versão 2 para compor os DE's: Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização, Cliente

ANEXO

ANEXO A - Parecer Consubstanciado N° 432.751

Parecer Consubstanciado N° 432.751



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCO PARA EVENTOS ADVERSOS NA INSTALAÇÃO DO CATETER VESICAL DE DEMORA

Pesquisador: SIRLIANE DE SOUZA PAIVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19955513.3.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 432.751

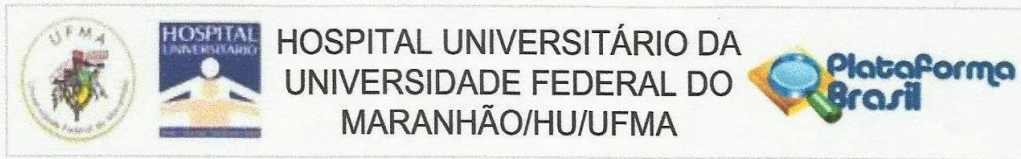
Data da Relatoria: 01/11/2013

Apresentação do Projeto:

O Cateter Vesical de Demora é um procedimento invasivo muito utilizado e que pode causar desconforto, dor, sangramento e trauma uretral. Estima-se que 35 a 45% de todas as infecções hospitalares adquiridas são infecções do trato urinário, sendo que 80% estão relacionadas ao uso do CVD. Evento Adverso (EA) é definido como lesão ou dano não intencional, que pode resultar em incapacidade temporária ou permanente, com necessidade ou não de prolongamento do tempo de permanência do paciente ou morte, relacionado ao cuidado prestado durante a assistência de saúde. Trata-se de estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo e exploratório a ser realizado no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, localizado no município de São Luís e busca investigar quais ações de enfermagem, durante a instalação do cateter vesical de demora, podem representar risco para eventos adversos. A população é composta por enfermeiros e residentes de enfermagem que realizarem o procedimento no centro cirúrgico. A coleta dependerá da autorização dos pacientes, acima dos 18 anos, que forem submetidos ao procedimento de cateterismo vesical de demora no referido setor, no período préoperatório imediato. A coleta de dados prevê três instrumentos:

A - destinado aos enfermeiros, inclui dados sócio-demográficos e perfil profissional;

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 432.751

B- destinado aos pacientes, com identificação de patologia, utilização anterior e/ou complicações de cateterismo vesical e;

C - roteiro de observações elaborado pela equipe executora, contendo o passo-a-passo das etapas de instalação do cateter vesical de demora.

Os dados serão tabulados no programa Statistical Package for Social Science - SPSS, versão 10, será feita estatística descritiva por meio do cálculo de média, percentual e distribuição das frequências relativas às ações que não estiverem em conformidade com a técnica de instalação do cateter vesical de demora e em seguida serão elaborados os diagnósticos de enfermagem de risco embasados na classificação internacional para a prática da enfermagem - CIPE. O pesquisador informa que o período de coleta de dados está previsto para ocorrer entre novembro-dezembro de 2013, após aprovação do CEP. Financiamento próprio

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir os diagnósticos de Enfermagem de risco segundo a CIPE para o evento adverso durante a instalação do cateter vesical de demora.

Objetivo Secundário:

Descrever as ações de Enfermagem durante a instalação do cateter vesical de demora que representem risco para eventos adversos; Relacionar as ações de enfermagem supracitadas com os diagnósticos de Enfermagem de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

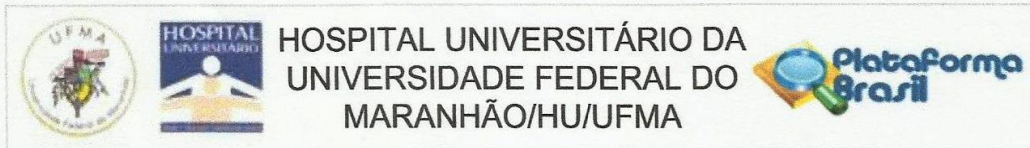
Riscos:

A pesquisa oferece riscos imediatos ou tardios aos participantes, visto que a realização do cateterismo vesical de demora pode causar desconforto, dor, sangramento e trauma, além de submeter os pacientes ao risco cumulativo de adquirir Infecção do Trato Urinário (ITU). A inserção do cateter vesical pode acarretar em outras complicações como falso trajeto, estenose uretral, litíase urinária renal e vesical, uretrite, periuroretrite, abscesso periuroretral, fístula uretral, prostatite, epididite, necrose peniana e câncer de bexiga. Os riscos para os profissionais e equipe executora são mínimos.

Benefícios:

Contribuir com conhecimentos capazes de modificar o panorama de práticas inseguras rumo a uma assistência mais segura e fornecer informações que contribuam com as tomadas de decisão e com intervenções na prática de cuidado, bem como no fortalecimento da gestão. Promover a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 432.751

investigação e identificar diagnósticos de Enfermagem de risco durante a realização do CVD e dessa forma contribuir para a realização de discussões ampliadas sobre esta temática, o desencadeamento das reflexões dos enfermeiros e aperfeiçoamento das boas práticas por parte dos profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A investigação proposta possui valor científico uma vez analisa as ações de enfermagem durante a instalação do CVD que podem representar riscos para o paciente tornar-se suscetível de eventos adversos possibilitando a diminuição dos riscos, bem como averiguação quanto a sua real necessidade nos casos em que foi praticado em benefício do paciente a ser submetido a ele.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências constantes na novel Resolução CNS nº 466/2012, que revogou a Resolução nº 196/96, anexando os 'Termos de Apresentação Obrigatórios', quais sejam: folha de rosto com os campos preenchidos, projeto de pesquisa, currículo dos pesquisadores, cronograma de execução atualizado e indica orçamento detalhado e em moeda corrente nacional.

Ademais, o pesquisador atentou para as pendências listadas no parecer anterior do CEP, informando os riscos inerentes da pesquisa, tanto para o enfermeiro que realizar a instalação do cateter quanto para o paciente submetido ao procedimento (ambos participantes do estudo), fazendo constar no TCLE, em conformidade com a Res 466/2012.

O orçamento fora devidamente detalhado no tópico 'outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador'.

Por fim, o pesquisador indicou no Protocolo de Pesquisa que os participantes do teste piloto serão excluídos da fase seguinte correspondente ao presente estudo, cujos dados obtidos servirão para embasar as adequações necessárias a pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as solicitações de parecer anterior. Protocolo de Pesquisa cumpre com as exigências da Resolução 466/2012.

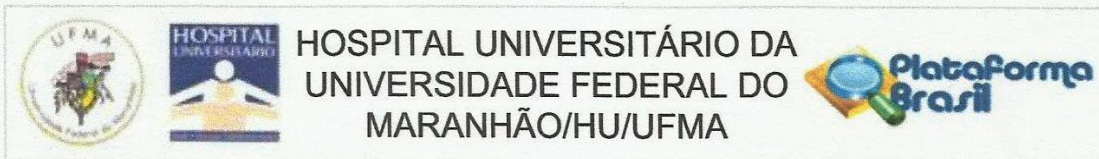
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 432.751

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 22 de Outubro de 2013

Assinador por:
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br