



ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA: ANÁLISE DA ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING IN VENTILATORY ASSISTANCE: ANALYSIS OF ENDOTRACHEAL ASPIRATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ENFERMERÍA EN ASISTENCIA VENTILATORIA: ANÁLISIS DE LA ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Amanda Figueirôa Silva Carmo¹, Juliana Pedrosa Korinfsky², Cecília Coelho Xavier³, Rodrigo Nonato Coelho Mendes⁴, Gittanha Fadja de Oliveira Nunes⁵, Ralessandra Moreira da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: analisar as condutas da equipe de enfermagem frente à aspiração endotraqueal em pacientes de uma unidade de terapia intensiva. **Método:** estudo descritivo observacional, de abordagem quantitativa, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Urgências e Traumas, de Petrolina/PE/Brasil. Foram observados 100 procedimentos de aspiração, realizados por 20 profissionais de enfermagem. A análise de dados procedeu-se a partir da tabulação das técnicas de aspiração. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer n° 12081029. **Resultados:** verificou-se que em 59% das aspirações não houve higienização das mãos previamente, 32% dos leitos não foram elevados em 30° a 45°, em 73% a FiO₂ não foi ajustada e em 72% ocorreu contaminação da luva e/ou do cateter. **Conclusão:** constatou-se deficiência na equipe de enfermagem no que diz respeito aos cuidados aos pacientes na aspiração de vias aéreas, deixando-os vulneráveis ao desenvolvimento de infecções respiratórias, evidenciando a necessidade de se instituírem ações de educação permanentes. **Descritores:** Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Respiração Artificial; Sucção.

ABSTRACT

Objective: to analyze the behavior of the nursing staff facing the endotracheal suctioning patients in an intensive care unit. **Method:** a descriptive observational study, of a quantitative approach, developed at the Intensive Care Unit of an Emergency and Trauma Hospital in Petrolina/Pernambuco/Brazil. 100 aspiration procedures were observed, performed by 20 nurses. The data analysis was conducted from the suction tab techniques. The study was approved by the Research Ethics Committee, Opinion n. 12081029. **Results:** it was found that in 59% of aspirations there was no previous hand-washing, 32% of the beds were not elevated at 30° to 45°, in 73% the FiO₂ was not adjusted and in 72% occurred due to contamination of the glove and / or catheter. **Conclusion:** it was found deficiency in the nursing staff, with regard to patient care in the suction of the airways, leaving them vulnerable to the development of respiratory infections, making evident the need of establishing permanent educational actions. **Descriptors:** Nursing; Intensive Care Units; Artificial Respiration; Suction.

RESUMEN

Objetivo: analizar el comportamiento del personal de enfermería a los pacientes frente a succión endotraqueal en una unidad de cuidados intensivos. **Método:** estudio observacional descriptivo, con enfoque cuantitativo, desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Emergencias y Trauma, Petrolina/Pernambuco/Brasil. Se observaron 100 procedimientos de aspiración, realizados por 20 enfermeras. El análisis de datos se lleva a cabo a partir de las técnicas de la ficha de succión. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación, Opinión n° 12081029. **Resultados:** se encontró que en 59% de las aspiraciones las manos no fueron lavadas previamente, 32% de las camas no fueron elevados en 30° a 45°, en 73% el FiO₂ no fue ajustado y en 72% ocurrió contaminación de la guante y / o catéter. **Conclusión:** se encontró en el personal de enfermería deficiencia en cuanto a la atención al paciente en la succión de las vías respiratorias, lo que les dejaba vulnerable a la aparición de infecciones respiratorias, poniendo de relieve la necesidad de establecer acciones permanentes de educación. **Descriptores:** Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; La Respiración Artificial; Succión.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco – Campus Petrolina. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: amandafigueiroa@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco – Campus Petrolina. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: juliana.korinfsky@univasf.edu.br; ³Enfermeira, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: ceciliacoelho18@hotmail.com; ⁴Graduando em Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco – Campus Petrolina. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: rodrigo.coelho.mendes@gmail.com; ⁵Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco – Campus Petrolina. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: gittanha_fadja@hotmail.com; ⁶Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina. Petrolina (PE), Brasil. E-mail: ralessandra.moreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um ambiente hospitalar destinado ao atendimento à pacientes graves, o qual dispõe de assistência médica e de enfermagem qualificada e ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso às tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento.¹ Constituem, portanto, níveis de atendimento à saúde de alta complexidade, atuando de forma decisiva quando há instabilidade de órgãos e sistemas funcionais com risco de morte.²

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dentre as principais causas de infecção adquirida no ambiente hospitalar encontram-se as do trato respiratório, destacando-se a pneumonia como morbidade mais expressiva de pacientes internados em UTI. O risco calculado para estes doentes chega a ser de 10 a 20 vezes maior.³

As infecções em pacientes internados na unidade de terapia intensiva contabilizam 20 a 30% de todos os casos hospitalares, apesar de o número de leitos desse setor representar, geralmente, cerca de 5 a 10% de um hospital.⁴

A aspiração traqueobrônquica consiste, portanto, na introdução de uma sonda nas vias áreas do paciente com o intuito de extrair as secreções. Para tanto, a sonda de aspiração deve ser conectada a um aspirador com pressão de sucção ou pressão negativa para que haja movimento de fluidos e gases, promovendo, assim, a oxigenação adequada e impedindo a obstrução das vias respiratórias.⁵

A Enfermagem, caracterizada como profissão do cuidado, tem incumbência importante de resgate ao bem estar humano pautado no objetivo de um cuidado efetivo e holístico em qualquer situação, principalmente em quadros críticos que causam desequilíbrios e prejuízos biopsicossociais.¹

Portanto, na assistência ventilatória, a enfermagem mantém o domínio de técnicas relativas à aspiração das vias aéreas, à troca da fixação do dispositivo ventilatório (traqueostomia ou tubo orotraqueal), às medidas preventivas de infecção associada à ventilação mecânica e ao manejo do paciente no leito.⁶

Devido à magnitude das infecções respiratórias adquiridas no ambiente hospitalar, não só no que se refere a sua alta frequência e morbimortalidade, mas também

pela verificação da necessidade de maior conhecimento acerca do impacto das ações da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em estado grave, o estudo considerou que a prática inadequada desse procedimento pode acarretar diversas complicações à saúde do paciente agravando seu estado geral questionando-se assim, como a equipe de enfermagem da UTI executa as técnicas de aspiração de vias aéreas?

OBJETIVO

- Analisar as condutas da equipe de enfermagem frente à aspiração endotraqueal em pacientes de uma unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Estudo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso << **Enfermagem na assistência ventilatória: estudo acerca da aspiração de vias aéreas em pacientes de uma UTI** >>. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina/2010.

Estudo de caráter quantitativo, observacional e descritivo⁷, desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Urgências e Traumas (HUT) do município de Petrolina/PE/Brasil.

A UTI possui 16 leitos ativos destinados a todas as especialidades exceto neonatologia, pediatria e tocoginecologia. A equipe era composta por seis médicos, 11 enfermeiros, 39 técnicos de enfermagem e três fisioterapeutas. Os procedimentos de aspiração observados foram realizados no período de 08 a 24 de setembro de 2010, nos horários de 08 às 12h, 13 às 18h ou, ainda, 19 às 23h de segunda a domingo.

A amostra do estudo foi composta por 100 procedimentos de aspiração de vias aéreas realizados por profissionais da equipe de enfermagem que aceitaram participar do estudo. O número de observações foi determinado em decorrência da vivência na prática de estágio supervisionado, do Curso de Graduação em Enfermagem, onde eram observados, no mínimo, seis procedimentos por turno. Participaram da pesquisa 20 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 18 técnicos em enfermagem, os quais realizaram 96% das aspirações, e dois enfermeiros que realizaram quatro aspirações. Para proceder-se a observação foram utilizados dois checklists contendo dados de identificação dos profissionais e condutas preconizadas para o procedimento de aspiração endotraqueal. Este estudo definiu quatro critérios básicos a serem observados

com o intuito de avaliar como os profissionais da equipe de enfermagem verificavam a necessidade de aspirar as vias aéreas do paciente, sendo eles: seguir horário predeterminado para aspiração; verificar diminuição na saturação de oxigênio; realizar ausculta pulmonar ou observar secreção visível ou audível no tubo endotraqueal/traqueostomo.

Neste estudo consideraram-se condutas básicas a serem adotadas pela equipe de enfermagem antes da realização da aspiração: lavar as mãos antes do procedimento; esclarecer o paciente a respeito do procedimento a ser realizado; elevar, sempre que possível, da cabeceira do paciente a 30-45°; ajustar a FiO₂ (dobrar ou regular a 100%).

Quanto às condutas realizadas pela equipe durante o procedimento observaram-se: contaminar a luva e/ou cateter durante o procedimento; utilizar adequadamente luva estéril; utilizar catéter de calibre adequado; utilizar catéter de aspiração estéril; utilizar gaze estéril para limpeza das secreções do catéter, tubo ou traqueostomo; utiliza Solução fisiológica a 0,9% para fluidificar as secreções; utiliza ambu® estéril; segue a sequência tubo/traqueostomo, nariz, boca; conectar o paciente ao ventilador nos intervalos da aspiração; pinça a sonda antes de introduzi-la no tubo ou traqueostomo; O tempo de aspiração máximo de 15”.

Após a execução do procedimento de remoção das secreções de vias aéreas observou-se: a lavagem e proteção da extensão da sonda ou látex, o retorno da FiO₂ inicial, a realização da higiene oral do paciente quando necessário, o descarte do material expirado no expurgo, a lavagem das mãos após o procedimento e o registro do procedimento em prontuário

Todas as etapas deste estudo fundamentaram-se na Resolução 196/96 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde tendo sido aprovada por comitê de ética em pesquisa sob protocolo nº 12081029. Os profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa a assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à categoria dos profissionais executores dos procedimentos observados, identificou-se que havia um maior número de técnicos de enfermagem em relação ao de

enfermeiros, isso demonstra que os profissionais de nível médio são os executores da maior parte das ações relacionadas à assistência direta a pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Já ao enfermeiro cabe atuar mais na administração da unidade por questões burocráticas e gerenciais, atividades que também lhes são exigidas.⁸

Ressalta-se, além disso, que a demanda de aspirações na UTI é extremamente grande, tornado-se inviável que essa atividade seja desempenhada exclusivamente pelos profissionais de nível superior. Desse modo, atividades que deveriam ser realizadas pelo enfermeiro, como verificar os indicadores de necessidade de aspiração traqueal, checar a fixação do tubo orotraqueal -TOT, manter o paciente hidratado, checar os parâmetros ventilatórios, e definir diagnósticos de enfermagem para propor intervenções que assegurem a manutenção do cuidado, acabam sendo delegadas à profissionais não qualificados para executar tal atribuição.

Quanto ao sexo, predominou o feminino com 15 profissionais, ou seja, 75% dos participantes, corroborando com estudos⁹ que definem como processo sócio-histórico da feminização da enfermagem. Isso porque, a prática do cuidar concebida como natural e intrínseca do “ser” mulher foi difundida desde o nascimento e estabelecimento da enfermagem como profissão. Fato reafirmado por outro estudo¹⁰, o qual identificou a predominância feminina entre os profissionais de enfermagem das unidades de urgência e terapia intensiva de um hospital de Natal-RN.

No que se refere ao tempo de atuação no serviço, verificou-se que 55% da equipe de enfermagem observada desempenhava atividades na unidade de terapia intensiva há menos de um ano, 20% há um ano e 25% há dois anos.

A tabela 1 mostra o perfil detalhado dos participantes da pesquisa, com as variáveis distribuídas entre frequências absolutas e relativas.

Tabela 1. Profissionais da UTI que realizaram o procedimento de aspiração, segundo categoria profissional, sexo, idade, tempo de formação profissional, tempo de atuação no serviço e experiência prévia em terapia intensiva. Petrolina-PE, 2010.

Categoria Profissional	n	%
Enfermeiro	2	10
Tec. de Enfermagem	18	90
Total	20	100
Sexo		
Masculino	5	25
Feminino	15	75
Total	20	100
Idade (anos)		
20 - 30	09	45
30 - 40	11	55
Total	20	100
Tempo de Formação (anos)		
01 - 04	13	65
05 - 09	04	20
10 - 14	02	10
15 - 20	01	05
Total	20	100
Tempo de Atuação no Serviço (anos)		
< 1	11	55
01	04	20
02	05	25
Total	20	100
Experiência Prévia em UTI		
Sim	02	10
Não	18	90
Total	20	100

No que se refere aos critérios para definir a necessidade de aspiração, os dados observados estão definidos na tabela 2.

Tabela 2. Critérios utilizados pela equipe de enfermagem para realizar a aspiração endotraqueal. Petrolina-PE, 2010

Critérios	n	%
Horário predeterminado para aspiração	00	00
Diminuição na saturação de oxigênio	00	00
Secreção visível ou audível no tubo endotraqueal/traqueóstomo	92	92
Utiliza a ausculta pulmonar	08	08
Total	100	100

Constatou-se que nenhum profissional observado utilizou como critério para aspiração o cumprimento de horários preestabelecidos ou a verificação da deterioração da oxigenação evidenciada pela queda na saturação de oxigênio.

Já no que diz respeito à verificação prévia da diminuição na saturação de oxigênio, torna-se inviável, uma vez que há uma escassez de insumo material apropriado, ou seja, dos dezesseis leitos ativos apenas dois possuíam oxímetro de pulso, o que contraria os requisitos exigidos pela RDC nº 7.¹¹ Desse modo, em nenhuma das 100 aspirações observadas o paciente estava monitorizado quanto à saturação de oxigênio, impedindo assim que esse critério fosse adotado pelo profissional executor do procedimento.

Das 100 aspirações presenciadas, apenas em oito o critério de ausculta foi empregado, sendo duas ausculta realizadas por enfermeiros e seis por fisioterapeutas, os quais identificavam e informavam ao técnico em enfermagem a necessidade da aspiração.

Por fim, no tocante ao critério de observação de secreção visível ou audível no tubo endotraqueal ou traqueóstomo, verificou-se uma prevalência em 92% dos casos.

As condutas dos profissionais de enfermagem no momento de preparação ou organização para realização do procedimento de aspiração podem ser vistos na Tabela 3.

Tabela 3. Condutas adotadas pela equipe de enfermagem da UTI antes da realização do procedimento de aspiração de vias aéreas. Petrolina-PE, 2010

Condutas antes da realização do procedimento de aspiração	Sim		Não		Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lava as mãos antes do procedimento	41	41	59	59	00	00	100	100
Esclarece o paciente a respeito do procedimento a ser realizado	23	23	77	77	00	00	100	100
Eleva, sempre que possível, a cabeceira do paciente a 30-45º	57	57	32	32	11	11	100	100
Ajusta da FiO ₂ * (dobra ou regula a 100%)	04	04	73	73	23	23	100	100

*Fração Inspirada de Oxigênio

Constatou-se que a lavagem das mãos foi negligenciada pelos profissionais em 59% dos procedimentos realizados. Ressalta-se que nos casos em que apesar de tê-la feito, o profissional, antes de executar a aspiração, desempenhou outra atividade para qual, no momento, não estava destinado, essa foi descartada e considerada como não realizada (manipulação de algum dispositivo do mesmo paciente ou de outro e contato com maçaneta de portas, por exemplo).

No quesito esclarecimento do paciente acerca do procedimento a ser realizado, verificou-se o não cumprimento em 77% dos casos, ressaltando-se que quando o foi realizado tratavam-se de pacientes com nível de consciência preservado.

Outro item indispensável a ser avaliado antes da realização do procedimento de aspiração foi a elevação da cabeceira do leito. Como se pode perceber na Tabela 3, em 57% dos procedimentos realizados os pacientes encontravam-se sob posicionamento adequado, ao passo que em 32% os pacientes

permaneceram em posição supina ou em angulação inferior a 30º e em 11% dos procedimentos não foi possível alterar o decúbito por restrições clínicas do paciente.

Por fim, como última conduta que deveria ser adotada pela equipe de enfermagem antes de executar a aspiração endotraqueal seria o ajuste da fração inspirada de oxigênio. Sendo assim, observou-se que em apenas quatro aspirações essa conduta foi adotada, ressaltando que em três foi realizada pela fisioterapeuta, apesar de o procedimento ter sido executado pelo técnico de enfermagem, uma vez que, de acordo com as normas e rotinas do setor, os profissionais de nível médio não estão habilitados a ajustar parâmetros do ventilador mecânico; fato que justifica o número significativo, 73%, de procedimentos realizados sem a hiperoxigenação prévia do paciente.

As condutas consideradas adequadas a serem adotadas pela equipe de enfermagem durante a execução da aspiração estão dispostos na Tabela 4.

Tabela 4. Condutas da equipe de enfermagem da UTI durante a realização do procedimento de aspiração de vias aéreas. Petrolina-PE, 2010

Condutas durante a realização do procedimento de aspiração	Sim		Não		Não se aplica		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Contamina a luva e/ou cateter durante o procedimento	72	72	28	28	00	00	100	100
Utilização adequada de luva estéril	74	74	26	26	00	00	100	100
Utiliza cateter de calibre adequado	92	92	08	08	00	00	100	100
Utiliza cateter de aspiração estéril	100	100	00	00	00	00	100	100
Utiliza gaze estéril para limpeza das secreções do cateter, tubo ou traqueostomo	100	100	00	00	00	00	100	100
Utiliza SF ^{0,9%} para fluidificar as secreções	31	31	53	53	16	16	100	100
Utiliza Ambu [®] estéril	07	07	56	56	37	37	100	100
Segue a seqüência tubo/traqueostomo, nariz, boca	83	83	00	00	17	17	100	100
Conecta o paciente ao ventilador nos intervalos da aspiração	76	76	01	01	23	23	100	100
Pinça a sonda antes de introduzi-la no tubo ou traqueostomo	05	05	95	95	00	00	100	100
O tempo de aspiração máximo de 15''	34	34	66	66	00	00	100	100

*Solução Fisiológica 0,9%

O quesito contaminar a luva ou cateter durante a aspiração foi observado em 72% dos procedimentos, demonstrando um grande desvio do que é preconizado pela literatura, uma vez que para prevenir complicações infecciosas decorrentes da aspiração endotraqueal, a mesma deve ser realizada de forma asséptica.¹²⁻¹⁴

Quanto à utilização da luva estéril, verificou-se que em 26% das aspirações essa não foi realizada de forma adequada, uma vez

que os profissionais calçaram as luvas estéreis sobre luvas de procedimento contaminadas. Fato que corrobora os elevados índices de não adesão à prática de lavagem das mãos antes do procedimento.

No que concerne a fluidificação de secreções endotraqueais, em 53% das observações, houve o emprego de solução fisiológica 0,9% estéril, na medida em que em 31% das aspirações utilizaram-se soluções fisiológicas já abertas e acondicionadas de

forma inapropriada.

Quanto à utilização de Ambu®, deve ser esterilizado previamente ao uso, todavia pode ser reutilizado pelo mesmo paciente quando mantido sem sujidade aparente e protegido com plástico limpo.¹⁵

Desse modo observou-se que em 83 dos 100 procedimentos executados, realizou-se a aspiração das cavidades nasal e oral ou apenas oral, e todas seguiram a seqüência adequada. Apenas em 17 procedimentos os profissionais aspiraram somente o tubo ou traqueóstomo.

Em relação à utilização de cateter de aspiração de calibre adequado, notou-se que em apenas 8% dos casos o dispositivo não estava de acordo, por ter um calibre insuficiente para a consistência das secreções ou por ter um diâmetro, desnecessariamente, grande (nº18) para o traqueóstomo.

Quanto à conduta de pinçar a sonda antes de introduzi-la no tubo ou traqueóstomo, observou-se apenas cinco casos, os quais foram executados pelos mesmos profissionais (um técnico em enfermagem e um enfermeiro), demonstrando o desconhecimento da equipe acerca dessa prática.

Em 66% das aspirações o tempo de

aspiração foi superior a 15 segundos. Sendo, o tempo mínimo encontrado para aspiração de secreções foi de 7 segundos e o máximo de 58 segundos. No que se refere à determinação de tempo máximo de permanência da sonda na traquéia com o intuito de evitar quadros de hipoxemia, Dreyeret et al. (2004) preconizam o tempo de até 10 segundos, enquanto outros autores entram em concordância ao indicarem um período de aspiração entre 10 e 15 segundos (recomendação adotada nesta pesquisa).^{13, 16-17}

Por fim, como último item relacionado às condutas adotadas durante a execução do procedimento, tem-se a conexão do paciente ao ventilador mecânico durante os intervalos das aspirações para que o mesmo ventile e descanse, de forma a corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto.¹² Observou-se, então, que em apenas um dos 77 procedimentos executados em pacientes mantidos sob VM essa conduta não foi adotada de forma correta, uma vez que o profissional não reconectou o paciente ao ventilador entre todos os intervalos das aspirações.

Em relação às condutas empregados pela equipe de enfermagem após a realização das aspirações, pôde-se observar os dados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Condutas da equipe de enfermagem da UTI após a realização do procedimento de aspiração de vias aéreas. Petrolina-PE, 2010

Lava o látex com AD* ou SF** 0,9% após a aspiração	99	99	01	01	00	00	100	100
Protege látex após a aspiração com embalagem limpa e seca	98	98	02	02	00	00	100	100
Retorna a FiO ₂ ***inicial	04	04	00	00	96	96	100	100
Realiza higiene oral do paciente após a aspiração	49	49	34	34	17	17	100	100
Lavagem das mãos após o procedimento	57	57	43	43	00	00	100	100
Registra a realização do procedimento em prontuário	81	81	19	19	00	00	100	100

Água Destilada *Solução Fisiológica 0,9% ***Fração Inspirada de Oxigênio

No quesito lavar o látex com água destilada ou solução fisiológica após a aspiração, verificou-se que em 99% dos procedimentos a conduta foi adotada pertinentemente, evitando assim o estabelecimento de meios de cultura para proliferação bacteriana. Em relação à proteção desse látex o resultado também foi satisfatório, tendo em vista que em 98% dos casos esse foi envolto por embalagem limpa e seca, conduta que evita a contaminação do ambiente.¹²

No tocante ao retorno da FiO₂, verificou-se que nos quatro procedimentos em que a mesma havia sido alterada os profissionais reajustaram-na ao valor inicial. Conduta tida como fundamental para manutenção dos parâmetros respiratórios e segurança do paciente, tendo em vista o risco potencial de esquecimento de retomar os controles do respirador aos níveis anteriores à aspiração,

aumentando consequentemente a possibilidade de ocorrência de barotrauma e surgimento de atelectasias absortivas relacionadas à fração inspirada de oxigênio a 100%.¹⁸⁻⁹

Em 83 das 100 aspirações observadas a equipe de enfermagem julgou necessário aspirar a boca dos pacientes, realizando posteriormente a higiene oral em, somente, 49 deles. Vale ressaltar ainda, que a descontaminação oral dos pacientes internados na UTI da instituição estudada é realizada com a aplicação de enxaguantes bucais de uso domiciliar, e não com as soluções preconizadas pela literatura.

Quanto à lavagem das mãos após o procedimento, item também caracterizado como complementar ao procedimento à execução da técnica de aspiração de VAS,

verificou-se uma frequência de 57% nos casos observados.

Em relação ao registro em prontuário acerca das aspirações realizadas, considerado-o como última prática complementar, constatou-se uma frequência de 81% nas execuções. Contudo, em 97,5% dos registros o técnico de enfermagem apenas checkou a realização do procedimento em impresso próprio da instituição, ao passo que em 2,5% o enfermeiro anotou as características das secreções quanto ao aspecto. Vale salientar que em nenhuma das anotações em prontuário observou-se o registro das condições respiratórias do paciente, da frequência com que as aspirações estavam sendo realizadas, à quantidade estimada e ao odor das secreções.

Em relação às medidas de precaução padrão e Equipamentos de Proteção Individual, de acordo com a Norma Regulamentadora - NR 6 são todos os

dispositivos de uso individual, destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Incluem luvas; protetores auditivos, oculares e faciais; protetores respiratórios; aventais; além de dispositivos para proteção da cabeça, tronco e membros.²⁰

Diante do exposto, buscou-se observar, também, como os profissionais da equipe de enfermagem utilizavam os equipamentos de proteção individual durante a execução dos procedimentos de aspiração de vias aéreas. As frequências absolutas e relativas ao uso ou não uso podem ser vistas na Tabela 6.

Tabela 6. Utilização adequada de EPI pela equipe de enfermagem da UTI ao realizar o procedimento de aspiração de vias aéreas. HUT, Petrolina-PE, 2010

Utilização adequada do Equipamento de Proteção Individual	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Utilização de luva	100	100	00	00	100	100
Utilização de máscara	100	100	00	00	100	100
Utilização dos óculos	00	00	100	100	100	100
Utilização de gorro	88	88	12	12	100	100
Utilização de avental descartável	00	00	100	100	100	100

Durante o período de coleta de dados, observou-se que em 100% dos procedimentos a equipe de enfermagem fez uso de luva e máscara. No entanto no quesito gorro, verificou-se que em 12% das aspirações o mesmo não foi utilizado, sendo todos os procedimentos realizados por profissionais do sexo masculino.

Os óculos, apesar de disponibilizados em quantidade suficiente no setor, um por leito, não foram utilizados em nenhum procedimento pelo fato da equipe de enfermagem alegar que o equipamento proporcionava desconforto.

No que se refere ao avental, justifica-se o não uso por indisponibilidade do material na instituição, embora ter sido constatado que o mesmo era solicitado pelos enfermeiros do setor. Dessa forma, os profissionais de enfermagem realizavam todos os procedimentos, fazendo uso de uma única roupa privativa favorecendo, assim, o risco de contaminação cruzada.

CONCLUSÃO

Puderam-se analisar as ações da equipe de enfermagem frente ao procedimento de

aspiração de vias aéreas dos pacientes internados na UTI. Concluindo-se assim, que as condutas adotadas pelos profissionais nos cuidados despendidos a pacientes graves, especialmente no que se refere à aspiração das vias aéreas, são inadequadas, tornando-os mais vulneráveis à agravos, como ao desenvolvimento de infecções respiratórias, por exemplo; e o quanto são insuficientes os registros de enfermagem em relação ao procedimento de remoção de secreções de VAS.

Constatou-se a necessidade de instituírem-se ações de educação permanente voltadas aos profissionais de enfermagem da UTI com vistas à promoção da adequação dos procedimentos de aspiração de vias aéreas.

O estudo, portanto, permitiu a reflexão acerca da necessidade de maiores informações sobre os impactos das ações da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em estado grave, sobretudo no que tange o reconhecimento dos riscos a que pacientes submetidos à aspiração de vias aéreas estão expostos; e a adoção de medidas para preveni-los ou minimizá-los, tendo em vista que esses fatores interferem

diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

1. Dias GT, Souza JS, Franco LMC, Barçante TA. Humanização do cuidado na unidade de terapia intensiva: uma possibilidade real. J Nurs UFPE online [Internet]. 2010 May/June [cited 2012 Jan 09];4:941-47. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/600/pdf_159.
2. Brasil. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes unidades de tratamento intensivo - UTI. Brasília: Ministério da Saúde; 1998;
3. Puccini, PT. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 17];16(7):3043-9. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/04.pdf>.
4. Oliveira TFL, Filho ISG, Passos JS, Cruz SS da, Oliveira MT, Trindade SC et al. Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos hospitalizados. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 17]; 57(6):630-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6/v57n6a08.pdf>.
5. Batista MA, Alcantara EC, Paula LKG de. Central de ventiladores mecânicos: organização, segurança e qualidade. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2007 [cited 2012 Oct 17];19(4):450-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a08v19n4.pdf>.
6. Filho FL, Silva AAM da, Lopes JMA, Lam ZC, Simões VNF, Santos AM dos. Carga de trabalho de profissionais da saúde e eventos adversos durante ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva neonatal. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 17]; 87(6):487-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n6/v87n06a05.pdf>.
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Peres HHC, Rodrigues RCV. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2008 [cited 2012 Oct 17];42(2):298-304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a12.pdf>.
9. Chavaglia SRR, Borges CM, Amaral EMS, Iwamoto HH, Ohl RIB. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 [cited 2012 Oct 17];32(4):654-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a03.pdf>;
10. Esperatti M, Ferrer M, Theessen A, Liapikou A, Valencia M, Saucedo L M et al. Nosocomial Pneumonia in the Intensive Care Unit Acquired by Mechanically Ventilated versus Nonventilated Patients. Am J Respir Crit Care Med [Internet]; 2010 Aug [cited 2012 Oct 17];182:1533-9. Available from: <http://ajrccm.atsjournals.org/content/182/12/1533.full.pdf+html>
11. Brasil, ANVISA. Resolução RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Brasília; 2010;
12. Mendes NTT, Sabia F, Guimarães HP. Guia de Ventilação Mecânica para Enfermagem - Série Guias de Ventilação Mecânica para Profissionais da Saúde. Atheneu: Rio de Janeiro; 2012.
13. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
14. Knobel, E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2006;
15. Wunderink RG, Niederman MS, Kollef MH, Shorr AF, Kunkel MJ, Baruch A, et al. Linezolid in Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Nosocomial Pneumonia: A Randomized, Controlled Study. Clin Infect Dis [Internet]. 2012 [cited 2012 Oct 17];54(5):621-9. Available from: <http://cid.oxfordjournals.org/content/54/5/621.full.pdf+html>;
16. Machado MGR. Bases da fisioterapia respiratória. Terapia Intensiva e Reabilitação. 1ª Ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2008.
17. Aehlert B. ACLS: Advanced Cardiac Life Support: emergências em cardiologia. 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
18. Santos MLM, Souza LA, Batiston AP, Palhares DB. Efeitos de técnicas de desobstrução brônquica na mecânica respiratória de neonatos prematuros em ventilação pulmonar mecânica. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2009 Apr-June [cited 2012 Oct 17];21(2):183-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n2/11.pdf>;
19. Brasil, CNS. Resolução no 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996;
20. Gonçalves LB, Cruz VMC da. Segurança e medicina do trabalho. São Paulo: Cenofisco; 2009;
21. Petrolina. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital de Urgências e Traumas. Procedimento operacional padrão do hospital de urgências e traumas. Comissão de controle de infecção hospitalar. Petrolina; 2010.

Submissão: 09/02/2012

Aceito: 07/10/2013

Publicado: 01/12/2013

Correspondência

Rodrigo Nonato Coelho Mendes

Avenida Robert Koch, 60

Bairro Vila Operária

CEP: 86039-440 – Londrina (PR), Brasil