



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Knowledge of intensive care unit nurses about the procedure of endotracheal suctioning

Conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre o procedimento de aspiração endotraqueal

Conocimiento del enfermero de unidad de cuidados intensivos sobre el procedimiento de aspiración endotraqueal

Elizabeth Mesquita Melo¹, Stelânia Sales da Silva², Aline Mota Marques³, Isabel Cristina Veras Aguiar⁴, Jéssyca Larissa Almeida Silva⁵, Lucilene Barbosa Gomes Aguiar⁶

ABSTRACT

Objective: to evaluate nurses' knowledge about the procedure of endotracheal suctioning performed in the Intensive Care Unit (ICU). **Method:** descriptive exploratory study with a quantitative approach, carried out in the Intensive Care Unit of a public hospital in Fortaleza-CE, with 39 nurses. Data collected from April to May 2012, from a questionnaire and organized into an Excel and subjected to statistical analysis. Study approved by the Ethics Committee of Hospital with number 090207/11. **Results:** regarding the procedure of endotracheal suction, draws attention not to perform the lung auscultation for 69.23%. Other points that deserve attention include the non-suspension of enteral feeding (51.29%) and non-use of Personal Protective Equipment (51.28%) during the procedure; 94.27% said to use saline solution at 0.9% to thin the secretions. **Conclusion:** it's need to intensify the educational activities regarding the importance of care during the procedure, in order to minimize risks to patients.

Keywords: Respiratory aspiration. Intensive care unit. Nursing care.

RESUMO

Objetivo: verificar o conhecimento dos enfermeiros acerca do procedimento de aspiração endotraqueal realizado na unidade de terapia intensiva (UTI). **Metodologia:** estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público, em Fortaleza-CE, com uma amostra de 39 enfermeiros. Dados coletados de abril a maio de 2012, com um questionário, organizados no Excel e submetidos à análise estatística. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da instituição com parecer no. 090207/11. **Resultados:** quanto ao procedimento de aspiração endotraqueal, chama a atenção a não realização da ausculta pulmonar por 69,23%. Outros pontos merecem destaque como a não suspensão da dieta enteral (51,29%) e a não utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (51,28%) durante o procedimento; 94,27% utilizam soro fisiológico 0,9% para fluidificar as secreções. **Conclusão:** há necessidade de intensificar as atividades educativas quanto à importância dos cuidados durante o procedimento, na tentativa de minimizar os riscos para os pacientes.

Palavras-chave: Aspiração respiratória. Unidade de terapia intensiva. Cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento de los enfermeros sobre el procedimiento de aspiración endotraqueal realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** estudio exploratorio descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital público, en Fortaleza-CE, con 39 enfermeros. Datos recolectados en el periodo de abril a mayo de 2012, con un cuestionario y organizados en el Excel, siendo sometidos a análisis estadístico. Estudio aprobado por el comité de ética, con el parecer no. 090207/11. **Resultados:** en cuanto al procedimiento de aspiración endotraqueal, llama la atención la no realización de la ausculta pulmonar por 69,23% de los participantes. Otros puntos merecen destacarse como la no suspensión de la dieta enteral (51,29%) y la no utilización de los Equipos de Protección Individual (51,28%) durante el procedimiento; 94,27% utiliza suero fisiológico 0,9% para fluidificar las secreciones. **Conclusión:** hay necesidad de intensificar las actividades educativas en relación a la importancia de los cuidados durante el procedimiento, intentando minimizar los riesgos para los pacientes.

Palabras clave: Aspiración respiratoria. Unidad de cuidados intensivos. Atención de enfermería.

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Hospital São José de Doenças Infecciosas. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: elizjornet@yahoo.com.br

2 Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: stelaniace@hotmail.com

3 Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do CNPq/PIBIC. Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: lynnemota@outolok.com

Isabel Cristina Veras Aguiar. Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória. Hospital São José de Doenças Infecciosas. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: icvaguilar@uol.com.br

4 Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: jessycalarissa@hotmail.com

Lucilene Barbosa Gomes Aguiar. Enfermeira. Especialista em Docência em Educação à Distância. Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Instituto Dr. José Frota. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: lushoweluz@unifor.br

INTRODUÇÃO

O paciente de unidade de terapia intensiva (UTI) encontra-se em estado crítico, condicionado aos cuidados da equipe médica e de enfermagem. Esta exerce um papel importante, pois é responsável por cuidados diretos ao mesmo, sendo necessário um preparo para lidar com esse tipo de paciente.

Dentre os recursos de suporte à vida utilizados na UTI inclui-se a ventilação mecânica (VM), que assiste ou substitui a respiração espontânea do paciente através de um equipamento denominado respirador ou ventilador, acoplado ao paciente através de uma via artificial, seja tubo endotraqueal ou traqueostomo. Trata-se de um método de suporte não curativo com indicações específicas, repercussões hemodinâmicas funcionais e complicações potenciais⁽¹⁾.

A partir do momento que o paciente é intubado, as secreções traqueobrônquicas ficam acumuladas nas vias aéreas superiores e inferiores, uma vez que o paciente não consegue deglutir. Assim, é necessário que essas secreções sejam retiradas através da aspiração traqueal mecânica.

A aspiração deve ser efetuada em algumas situações, dentre as quais se incluem: quando há ausculta de sons pulmonares adventícios, aumento do pico de pressão inspiratória no ventilador mecânico ou quando a movimentação de secreções é audível, estando incluída nas indicações, também, a diminuição no volume corrente durante a ventilação com pressão ou a deterioração da oxigenação, evidente pela queda na saturação de oxigênio⁽²⁾.

Os profissionais envolvidos no procedimento de aspiração devem possuir conhecimento da fisiopatologia da doença de base do paciente, bem como o domínio da técnica, garantindo a segurança durante o procedimento e interferindo o mínimo possível na evolução e sucesso do tratamento⁽²⁾.

Na prática assistencial observa-se que algumas etapas da aspiração endotraqueal algumas vezes não são seguidas, expondo o paciente a outros riscos além daqueles inerentes ao procedimento. Existem diversas razões para que isso ocorra, englobando: falta de conhecimento por parte dos profissionais que executam; falta de tempo ou sobrecarga de trabalho, exigindo que a técnica seja feita sem muito critério; e falta de material adequado.

A técnica de aspiração endotraqueal é uma das mais executadas dentro das ações de cuidado na UTI

e embora existam recomendações em nível mundial para o seu desenvolvimento, muitos profissionais não as seguem. Daí o interesse pelo desenvolvimento do estudo, na tentativa de gerar resultados que contribuam para a excelência da assistência do enfermeiro.

Dessa forma, o estudo objetiva avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca do procedimento de aspiração endotraqueal realizado na UTI.

METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Terapia Intensiva adulta de um hospital público, localizado em Fortaleza-Ceará-Brasil.

A população foi composta por todos os enfermeiros que trabalhavam nas unidades, seguindo os critérios de inclusão: estar inserido no quadro de profissionais da unidade; possuir pelo menos três meses de atuação em UTI; e ser um dos responsáveis pela realização do procedimento de aspiração traqueal. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: estar ocasionalmente no plantão; e nunca realizar o procedimento.

Dos 54 enfermeiros que atuam nas unidades, 39 (72,22%) participaram do estudo e 15 (20,4%) não participaram do estudo, sendo que quatro possuíam menos de três meses de experiência, dois afirmaram não realizar o procedimento, três se encontravam afastados e seis se recusaram a participar do estudo.

Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2012, a partir de um instrumento estruturado, constituído por questões objetivas, as quais foram respondidas por escrito, na presença do pesquisador. As questões envolviam variáveis sociodemográficas, além de 20 passos da técnica de aspiração traqueal e aspectos relacionados às dificuldades na realização da técnica.

Os resultados foram organizados no Excel, sendo expostos em tabelas e gráficos, analisados com base na estatística descritiva, com enfoque para a frequência absoluta e relativa.

O estudo foi pautado nas determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽³⁾. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, aprovado com o parecer nº. 090207/11. Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo a participação voluntária, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A grande maioria dos enfermeiros (89,74%) era do sexo feminino e mais da metade encontrava-se na faixa etária de 22 a 30 anos (56,41%). Quanto ao tempo de formação acadêmica, 35,9% possuíam menos de dois anos de graduação e 30,77% de dois a oito anos. Já em relação ao tempo de atuação em

UTI, 43,59% possuíam menos de dois anos e 38,46% de dois a oito anos.

Os cuidados relativos ao procedimento de aspiração endotraqueal foram explorados neste estudo, sendo evidenciada a valorização de alguns cuidados, em detrimento de outros.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo os cuidados durante o procedimento de aspiração endotraqueal. Fortaleza, 2011

Variáveis	N	%
Usa luvas estéreis		
Sim	33	84,62
Não	06	15,38
Observa o tamanho do tubo para a escolha do calibre adequado da sonda		
Sim	29	74,36
Não	10	25,64
Realiza ausculta pulmonar antes de aspirar		
Sim	12	30,77
Não	27	69,23
Verifica a pressão do vacuômetro antes de introduzir a sonda		
Sim	19	48,72
Não	20	51,28
Aumenta a FiO ₂ do paciente no ventilador mecânico		
Sim	24	61,54
Não	15	38,46
Fecha a dieta		
Sim	19	48,72
Não	20	51,28
Conta o tempo que passa aspirando		
Sim	31	79,49
Não	08	20,51
Ventila o paciente após cada ciclo de aspiração		
Sim	34	87,18
Não	05	12,82
Utiliza SF 0,9% para fluidificar as secreções		
Sim	37	94,87
Não	02	5,13
Mantém o látex clampeado ao introduzir a sonda		
Sim	38	97,44
Não	01	2,56
Total	39	100

A grande maioria dos profissionais (84,62%) referiu usar luvas estéreis para realizar o procedimento; 74,36% observavam o tamanho do tubo para a escolha da sonda de aspiração, sendo geralmente selecionadas as de número 10 ou 12. Quanto à ausculta pulmonar antes da aspiração, 69,23%), não realizava, sendo essa ação realizada por 30,77% dos profissionais. A verificação da pressão do vacuômetro no momento do procedimento era realizada por 48,72%, enquanto 51,28% não tinham esse cuidado.

Outro ponto enfocado na pesquisa foi o aumento da FiO₂ (fração inspirada de oxigênio) do paciente antes do início da aspiração, sendo verificado que 61,54% sempre aumentavam e 38,46% não. A

interrupção da dieta enteral durante o procedimento era realizada por 48,72%, ao passo que 51,28% negaram tal ação.

Em relação à contagem do tempo de aspiração, 79,49% afirmaram contar mentalmente o tempo que passavam aspirando e 20,51%. Dentre os profissionais que contam o tempo de aspiração, a quase totalidade (90,32%) afirmou que esse tempo deve ser inferior a 15 segundos por cada ciclo de aspiração.

No que concerne à ventilação do paciente entre um ciclo e outro de aspiração, 87,18% referiram conectar o paciente ao ventilador nos intervalos de aspiração e somente 12,82% afirmaram que não tomam essa precaução.

Quanto à instilação de SF 0,9% estéril durante a aspiração, 94,87% tinham essa rotina, sendo que a maioria destacou que o utilizavam somente na presença de secreções espessas, para sua fluidificação. Ao serem indagados sobre a manutenção do látex clampeado durante a introdução da sonda, 97,44% afirmaram ter esse cuidado.

Referente à lavagem das mãos antes e após o procedimento de aspiração endotraqueal. Os dados demonstraram que 97,44% costumavam realizar a higienização das mãos antes do procedimento e todos realizavam a higienização após o procedimento.

Os cuidados após o procedimento de aspiração também foram investigados no estudo, sendo constatado que todos os profissionais descartavam a sonda após o uso; 89,74% realizavam a lavagem do silicone com água após o término do procedimento; e 79,49% sempre protegiam a extremidade do silicone utilizada para a aspiração. Ao serem questionados sobre o registro do procedimento no prontuário dos pacientes, 79,49% afirmaram sempre registrar. Por outro lado, 20,51% não tinham esse cuidado.

Em relação ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), os resultados evidenciaram que 48,72% utilizavam tais equipamentos e 51,28% não.

Quando questionados sobre as dificuldades encontradas para a realização da aspiração, 51,28% não demonstraram nenhuma dificuldade, enquanto 48,72% citaram dificuldades, incluído: tempo insuficiente para realizar a técnica seguindo as recomendações, falta de material necessário na unidade e desconhecimento da técnica.

DISCUSSÃO

O sexo predominante entre os enfermeiros foi o feminino, o que pode ser justificado pela enfermagem ser uma área predominantemente desenvolvida por mulheres, corroborando outro estudo que enfatiza a feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira, ocorrendo predominância feminina em todas as categorias de enfermagem⁽⁴⁾.

A faixa etária prevalente foi a de 22 a 30 anos, sendo a média de idade 33,2 anos. Esse dado foi encontrado também em outros estudos, sendo enfocado que o perfil mais jovem é o esperado para as atividades profissionais em UTI, pois os jovens são motivados no início da carreira ao cuidado a pacientes críticos⁽⁵⁻⁶⁾.

O tempo de formação acadêmica e o tempo de atuação em UTI dos enfermeiros foram levantados, uma vez que são aspectos que podem estar diretamente ligados ao conhecimento e ao modo de execução da técnica, sendo verificadas médias de 8,2 anos e 5,1 anos, respectivamente.

A média de tempo de atuação em UTI entre os enfermeiros foi baixa devido à contratação de profissionais jovens de forma temporária e sem vínculo formal. Entretanto, a literatura destaca que uma das exigências do mercado para a atuação em UTI é a especialização nessa área ou o treinamento por no mínimo três meses⁽⁶⁾.

A aspiração endotraqueal é mais um procedimento realizado pelo enfermeiro que apesar de parecer simples possui muitas recomendações, pois a ação realizada de forma inadequada poderá levar a complicações e alterações no quadro clínico do paciente. Alguns cuidados tornam-se essenciais durante a realização do procedimento.

No que se refere ao uso de luvas estéreis, a maioria dos profissionais afirmam usá-las, visto que constitui uma medida obrigatória profilática de controle de contaminação para o paciente. Estudo realizado com pacientes de UTI demonstrou esse cuidado em 92,11% dos procedimentos observados⁽⁵⁾.

A maioria dos enfermeiros observava o tamanho do tubo para a seleção do calibre ideal da sonda, o que se assemelha aos resultados de outra pesquisa, em que foi verificado que todos os participantes selecionaram o calibre ideal da sonda de forma adequada⁽⁷⁾.

A ausculta pulmonar antes da realização do procedimento foi um ponto que chamou atenção neste estudo, visto que 70% dos participantes não tinham esse cuidado, sendo esse fato associado à falta de tempo ou de conhecimento mais aprofundado. Todavia, o paciente deve ser o foco de atenção do profissional, sendo essencial a qualificação continua, além do direcionamento do tempo necessário para a realização dos diversos procedimentos utilizando a técnica correta.

Resultados similares foram evidenciados em outra pesquisa sobre aspiração traqueal, pois 86% dos profissionais não utilizaram o critério ausculta pulmonar para avaliar a real necessidade do procedimento⁽⁸⁾.

A ausculta é imprescindível, pois a aspiração traqueal deve ser realizada com base na avaliação dos ruídos adventícios ou quando as secreções

estiverem visíveis, uma vez que aspirações desnecessárias podem causar broncoespasmo e traumatismo da mucosa da traqueia, além de desconforto ao paciente⁽⁹⁾.

A verificação da pressão do vacuômetro no momento da aspiração não era realizada pela maioria dos profissionais, embora seja uma ação simples, sem necessidade de material ou equipamento específico. Acredita-se que a razão para esse comportamento é a falta do conhecimento relacionado às complicações associadas à elevada pressão de sucção durante a aspiração traqueal.

É fundamental a observação quanto à pressão máxima permitida do vácuo, para a aspiração do paciente, que deve se situar entre os valores de 80-150 mm/Hg, visando à minimização dos riscos para o paciente⁽¹⁰⁾.

Outro aspecto levantado que merece destaque é o aumento da FiO₂ do paciente, como rotina, antes de iniciar a aspiração. Os profissionais tinham dúvidas sobre em quais condições aumentar, o quanto aumentar e o momento ideal para retornar à FiO₂ inicial, revelando que os mesmos devem aprofundar seus conhecimentos científicos acerca do assunto. É papel, também, das instituições fornecerem, além de protocolos, treinamentos com as equipes assistentes a fim de torná-las aptas a realizar o procedimento com base científica.

Estudo realizado com profissionais de enfermagem em geral indicou que 5,26% da amostra, o que correspondeu a somente um profissional, elevou FiO₂ a 100%, sendo colocado como justificativa pelos autores que a maioria dos participantes não possuía formação superior⁽⁷⁾. Chama-se atenção para a importância de elevar a oxigenação do paciente, com o intuito de diminuir o risco de queda do oxigênio sanguíneo.

A aspiração pode, freqüentemente, levar à hipoxemia, devido a interrupção da ventilação mecânica, perda da Pressão Positiva Expiratória Final (PEEP) e da FiO₂ desejada, podendo ocasionar arritmias cardíacas, parada cardíaca e até a morte. Estratégias para reduzir esses efeitos incluem hiperoxigenação e hiperinsuflação, antes, durante e após o procedimento de aspiração, como a elevação da FiO₂ a 100%, assegurando uma SpO₂ adequada, sendo necessário o retorno aos valores basais após o procedimento de aspiração⁽¹⁰⁾.

Quanto à interrupção da dieta enteral durante o procedimento de aspiração, a maioria dos

participantes negaram esta ação, corroborando achados de outra pesquisa, a qual demonstrou que na grande maioria dos procedimentos (80,12%), a dieta não foi interrompida⁽⁵⁾.

Vários autores advertem que a dieta enteral deve ser interrompida antes de iniciar o procedimento de aspiração endotraqueal, como medida de prevenção aos vômitos e conseqüente possibilidade de broncoaspiração⁽¹¹⁻¹³⁾.

Em se tratando do tempo de aspiração, a maioria dos enfermeiros afirmou contar mentalmente esse tempo, além de reforçarem que o mesmo deve ser inferior a 15 segundos. Destaca-se que o aumento no tempo de aspiração acarretará um longo período de remoção de gases, predispondo ao aparecimento de hipoxemia. Recomenda-se que a aspiração seja realizada entre 10 a 15 segundos, desde a inserção do cateter até a sua retirada⁽¹⁰⁾.

Quanto à ventilação do paciente entre um ciclo e outro de aspiração, a maioria dos profissionais referiu esse cuidado, corroborando outros estudos^(5,7).

A instilação de SF a 0,9% estéril deve ser realizada somente na presença de secreções espessas, prática referida pela maioria dos enfermeiros, ratificando pesquisa em que foi observado que 84,21% dos participantes utilizaram soro fisiológico para fluidificar as secreções⁽⁷⁾.

É conveniente ressaltar que a instilação de soro fisiológico à via aérea, para remoção das secreções mais espessas, é uma prática comum no procedimento de aspiração. Entretanto, as diretrizes para sua prática são inconsistentes, e sua eficácia não é comprovada, pois reduções na saturação de oxigênio venoso misto, que é considerado o maior indicador de oxigenação tecidual, foram encontradas após aspiração com a utilização de solução salina, além do risco de contaminação para o procedimento. A umidificação dos gases inspirados e a hidratação sistêmica do paciente são consideradas medidas para evitar essa prática⁽¹⁰⁾.

Quando questionados sobre a manutenção do látex clampeado durante a introdução da sonda, a maioria dos profissionais afirma ter esse cuidado, seguindo a recomendação da literatura. Sob essa ótica, é válido afirmar que a sucção realizada durante a introdução do cateter aumenta o tempo de remoção dos gases, levando a reduções significativas na pressão alveolar e que a aplicação de altas

pressões de sucção poderá ainda causar dano à mucosa⁽¹⁰⁾.

Dentre os profissionais investigados, a quase totalidade afirmou higienizar as mãos antes do procedimento e todos afirmaram higienizá-las somente após o procedimento. É importante que as mãos sejam lavadas sempre, antes e após qualquer procedimento, independente do uso de luvas, pois a não adesão a esta conduta, é o principal meio de transmissão das infecções hospitalares. Estudo anterior comprovou que 100% dos participantes realizavam a lavagem das mãos antes e após o procedimento de aspiração⁽⁷⁾.

Observou-se que todos os profissionais descartam a sonda após o uso e, quanto a lavagem do látex após o término do procedimento, a maioria revelou essa prática, além de tomar a precaução de proteger a extremidade do látex que vai para o paciente, evitando sua contaminação e, consequente, reduzindo risco de infecções no trato respiratório do paciente.

Tais resultados foram comprovados em pesquisas, as quais demonstraram que 100% dos profissionais realizavam o procedimento de maneira correta; 91,31% dos participantes descartaram o cateter; 73,35% realizaram a lavagem do látex com água bidestilada ou soro fisiológico ao final do procedimento; e 83,23% protegiam o látex com a própria embalagem, que se encontrava limpa e seca^(5,7,11).

Uma questão que merece atenção é o registro do procedimento no prontuário do paciente, abordando o horário realizado, bem como o aspecto e volume das secreções traqueais. A maioria dos enfermeiros relatou que costuma registrar o procedimento. Entretanto, foi identificado, ainda, percentual significativo que não registrava. É essencial que todo procedimento realizado pela equipe de enfermagem seja registrado, a fim de manter a continuidade do cuidado, objeto de trabalho primordial da enfermagem.

Os dados encontrados condizem com pesquisa realizada sobre a mesma temática, que constatou que em 70,8% das técnicas avaliadas, essa medida foi adequada, ou seja, os profissionais registraram a ação⁽⁵⁾. Contudo, outra pesquisa revelou que 89,6% dos registros da equipe de enfermagem são incompletos⁽¹⁴⁾.

Cada informação anotada pela equipe de enfermagem indica uma ação, evidenciando que

durante a internação os cuidados foram realizados. Portanto, os registros devem traduzir o máximo de conhecimento sobre as condições de saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade incluindo-se tanto os referentes a procedimentos quanto as suas necessidades e queixas⁽¹⁵⁾.

Quando existe ausência de registro no prontuário, seja sobre qual for o procedimento, fica subtendido que a ação não foi realizada, pois uma vez que não existe registro não pode ser considerada sua realização. Fica a reflexão acerca da importância da valorização do trabalho pelos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, devendo sempre registrar suas ações para que fique comprovada a importância dessa equipe no atendimento às necessidades do paciente.

Sobre o uso de EPI's, os quais devem incluir avental, óculos e máscara, a maior parte dos profissionais referiu não utilizá-los, corroborando os dados de outro estudo, o qual constatou que das 334 vezes que foi realizado o procedimento de aspiração, em 92,52% os profissionais não usaram as medidas corretas de proteção individual⁽⁵⁾.

O uso dos EPI's é uma medida de segurança tanto para o paciente como para o profissional que executa o procedimento. Porém, os profissionais nem sempre tem consciência quanto aos riscos, realizando procedimentos que tem contato com fluidos corporais sem proteção.

O uso de máscara e óculos é recomendado, com o intuito de proteger as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante os procedimentos e atividades de atendimento que tenham probabilidade de gerar respingos ou borrifos de sangue, líquidos corporais, secreções e excreções⁽¹⁶⁾.

O uso do avental somente quando o paciente se encontra em isolamento e a permanência do mesmo para que toda a equipe o utilize foram situações colocadas por alguns profissionais. Sobre o uso de óculos de proteção, alguns motivos foram alegados, como inexistência do mesmo na unidade ou o uso de óculos de grau, que segundo os mesmos constituía uma barreira, portanto não havendo necessidade do óculos de proteção.

Ao serem indagados acerca das dificuldades inerentes a realização do procedimento, não houve diferenças entre os que referiram dificuldades e os que não referiram. Dentre as dificuldades, a mais citada foi a falta de tempo, seguida da falta de

material na unidade e do desconhecimento da técnica.

Observa-se que os enfermeiros usaram a falta de tempo como justificativa principal para a não realização da técnica segundo as recomendações científicas. Todavia, é necessário que o profissional de qualquer área assuma os procedimentos de sua competência, procurando valorizar principalmente o cuidado direcionado ao paciente, para sua recuperação e redução de complicações.

CONCLUSÃO

A aspiração endotraqueal é considerada um procedimento simples e benéfico ao paciente se realizado com critérios e segundo as normas preconizadas. Entretanto, quando realizada sem os cuidados necessários pode tornar-se um elemento complicador no quadro clínico do paciente.

Verificou-se que os profissionais apresentam algumas limitações relacionadas ao procedimento. O protocolo existente na instituição não foi motivo suficiente para a adesão dos profissionais à técnica com base em evidências científicas.

É importante sensibilizar o enfermeiro sobre sua importância na realização da aspiração endotraqueal, a qual representa um cuidado, também, de sua responsabilidade, devendo ser mantido em sua prática em UTI.

Sugere-se a realização de outros estudos acerca da temática, com a finalidade de subsidiar as instituições para a promoção de treinamentos junto aos profissionais que compõem a equipe multiprofissional e possuem como competência técnica a aspiração endotraqueal, visando à redução dos riscos relacionados ao procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães HP, Falcão, LF, Orlando JM. Guia prático de UTI. São Paulo: Atheneu;2008.
2. Silva, LD, Pereira SEM. Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2004.
3. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética. 1996;4(2) Supl.
4. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad. Pagu. 2005;24(1):105-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf> Acesso em: 23 Julho 2014.

5. Farias GM, Freire ILS, Ramos CS. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal - RN. Rev Eletrônica de Enferm., 2006;8(1):63-69. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/942/1149> Citado em: 11 maio 2012.
6. Guerrer FJL, Bianch ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(2):355-362. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a19.pdf> Citado em: 17 ago 2012.
7. Sties SW, Leandro RC, Cerqueira Neto ML. Cuidados intensivos durante o procedimento de aspiração orotraqueal e traqueostomia. Revista Digital, 2010;15(143). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd143/procedimento-de-aspiracao-orotraqueal.htm> Citado em: 17 ago 2012.
8. Martins JJ, Maestri E, Dogenski D, Nascimento ERP, Silva RM, Gama FO. Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Cienc Cuid Saude. 2008;7(4):517-522.
9. Smeltzer SC, Bare BG, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2009.
10. Araujo SG, Machado MGR, Aspiração endotraqueal. In: Machado MGR. Bases da fisioterapia respiratória: terapia intensiva e reabilitação. Rio de Janeiro: Koogan; 2007.
11. Dreyer E, et al. Técnicas de enfermagem na ventilação mecânica. In: Zuñiga QGP. Ventilação mecânica básica para enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2003.
12. Colombrini MRC, et al. Assistência de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica. In: Zuñiga QGP. Ventilação mecânica básica para enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2003.
13. Presto BLV, Presto LDN. Fisioterapia respiratória: uma nova visão. 3ª ed. Rio de Janeiro: Copyright; 2007.
14. Campos JF, Souza SROS, Saurusaitis AD. Auditoria de prontuário: avaliação dos registros de aspiração traqueal em terapia intensiva. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008;10(2):358-366. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000500020&script=sci_arttext Citado em: 11 maio 2012.
15. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem de uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2008;61(5):570-5.
16. Seidel HM, et al. MOSBY: guia de exame físico. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2014/07/17

Accepted: 2014/08/22

Publishing: 2014/10/01

Corresponding Address

Elizabeth Mesquita Melo.

Universidade de Fortaleza. Fortaleza.

Endereço: Rua Ageu Romero, 100, apto. 02, São

Gerardo. CEP: 60325-110. Fortaleza-CE.

Telefone: (85) 3214.5618 / 9997. 8435 / 8889. 9159

E-mail: elizjornet@yahoo.com.br