



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2015/2016**

Autor: Maria dos Reis Almeida nº 3775

Marlene do Rosário Alves nº 3657

Mindelo, outubro de 2016

Trabalho apresentado a Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem em Outubro de 2016.

Discentes:

Maria dos Reis Almeida

Marlene do Rosário Alves

Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária no serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa

Orientadora:

Enf^ª. Rosiane Gomes

Mindelo, Outubro de 2016

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a nossa família e amigos e em especial aos que acreditaram em nós e nos acompanharam em todos os momentos dessa conquista.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradecemos a Deus pela vida. Pelo espírito para desenvolver este trabalho com força e dedicação.

Aos nossos familiares por terem apostado na nossa capacidade intelectual, dedicando na nossa formação como cidadã.

Aos nossos maridos por terem estado sempre ao nosso lado durante esse ano de estudo.

Os nossos colegas de curso que, juntos aprendemos lições que ficarão marcadas para sempre.

Aos colegas Enfermeiros dos dois serviços pela disponibilidade de colaborar conosco nas trocas de turno facilitando a nossa caminhada rumo aos nossos objetivos

A nossa orientadora Enf^a. Rosiane Gomes, pelo apoio, paciência, espírito crítico e científico ao longo da realização desse trabalho.

A todos um muito obrigada!

Epigrafe

“Felicidade não é aquela egocêntrica que busca somente o bem-estar próprio sem se importar com o outro; ela deve ser buscada com a consciência e cooperação entre a vida do indivíduo, da família e a comunidade”

(Daisaku Ikeda, 1999)

Resumo

A infecção do trato urinário é uma das complicações mais comuns na gestação, devido as mudanças decorrentes durante a gravidez levando ao aparecimento de sérias complicações materno-fetal. Sabe-se bem, que a infecção do trato urinário na gestação tem aumentado por todo lado, e São Vicente não foge a regra, pois tem havido um aumento significativo e as consequências nefastas que esta acarreta são cada vez mais frequentes.

A infecção urinária sintomática desenvolve-se em 20% a 40% das gestantes com bacteriúria assintomática no início da gestação e em 2% nas gestantes sem bacteriúria. A pielonefrite aguda ocorre em 1-2% das gestações.

Tendo em conta esta problemática decidiu-se investigar o tema “Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária nos serviços de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa”. No estudo delineou-se como objetivo geral identificar a importância da assistência de enfermagem nas gestantes com infecção do trato urinário na enfermaria de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Foi feita uma abordagem metodológica qualitativa, descritiva exploratória e fenomenológica, em que a amostra foram 5 enfermeiras da enfermaria de maternidade e o método utilizado é a entrevista.

Os resultados das informações colhidas indicam que as enfermeiras da maternidade estão capacitadas técnica e psicologicamente para satisfazer as reais necessidades das gestantes com infecção do trato urinário. Essa patologia representa um desafio aos profissionais de saúde no serviço de maternidade devido a subjetividade e a dificuldade em sua mensuração. E ainda concluiu-se que é de extrema importância a assistência de enfermagem para promover o conforto, o bem-estar, melhorar a qualidade de vida das gestantes, para diminuir as complicações materno-fetais e reduzir a reincidência da infecção.

Palavras-chaves: Assistência de Enfermagem, Gravidez e Infecção no trato urinário.

Abstract

The urinary tract infection is one of the most common complications during pregnancy, due to changes arising during pregnancy leading to the appearance of serious maternal and fetal complications. It is well known that the urinary tract infection during pregnancy has been increasing everywhere, and São Vicente does not escape the rule, there has been a significant increase and the adverse consequences that this entails are increasingly frequent.

Symptomatic urinary tract infection develops in 20% to 40% of pregnant woman with asymptomatic bacteriuria in early pregnancy and 2% in pregnant woman without bacteriuria. Acute pyelonephritis occurs in 1-2% of pregnancies.

Given this problem it was decided to investigate the theme "Nursing care to pregnant women with urinary infection in Dr. Baptista de Sousa Hospital maternity services." In the study outlined as main objective to identify the importance of nursing care in women with urinary tract infection in the Hospital Dr. Baptista de Sousa maternity ward.

A qualitative methodological approach, exploratory and phenomenological descriptive in the sample were 5 maternity ward nurses and method used is the interview was conducted.

The results of the collected information indicates that maternity nurses are trained technically and psychologically to meet the real needs of pregnant women with urinary tract infection. This pathology is a challenge to health professionals in maternity services due to subjectivity and difficulty in measurement. And yet it was concluded that it is extremely important nursing care to promote comfort, well-being, improve the quality of life for pregnant women to reduce the maternal and fetal complications and reduce the recurrence of infection.

Keywords: Nursing care, Pregnancy and Infection in the urinary tract.

Lista de siglas/ Abreviaturas

- CIE- Conselho Internacional de Enfermeiros
- CS- Centro de Saude
- Cm- Centímetro
- CTG- Cardio toque grafia
- EV- Endovenoso
- FPR- Fluxo plasmático renal
- G- Grama
- HBS- Hospital Dr. Baptista de Sousa
- IEC- Informação, Educação e Comunicação
- IM- Intramuscular
- ITU- Infecção do trato urinário
- MS- Ministério da Saúde
- ML- Milímetro
- NANDA- North American Nursing Diagnosis Association
- NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem
- NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem
- EQU- Exame qualitativo de urina
- RPMA- Rutura prematura de membranas amniótica
- RN- Recém-nascidos
- SM- Serviço de maternidade
- TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

TFG- Taxa de filtração glomerular

TPP- Parte pré-termo

VO- Via oral

%- Percentagem

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
Problemática e justificativa	3
CAPÍTULO I- ESTADO DA ARTE.....	13
1.1 Anatomia e fisiologia da mulher	14
1.1.1 Fisiologia da Gestação	16
1.1.2 Modificações fisiológicas e anatômicas induzidas pela gravidez	16
1.2 Sistema urinário/Anatomia do Aparelho Urinário	20
1.2.1 Conceitos da Infecção do trato urinário (ITU).....	22
1.2.2 Epidemiologia	23
1.2.3 Agentes etiológicos da ITU.....	23
1.2.4 Fisiopatologia da Infecção do trato urinário	24
1.2.5 Tipo de infecção urinária	26
1.2.6 Sintomatologia da ITU	28
1.2.7 Fatores de riscos	29
1.2.8 Complicações da ITU durante a gestação	30
1.2.9 Diagnóstico da ITU durante a gestação.....	31
1.3 Diagnósticos e intervenção de enfermagem (NANDA, NIC E NOC) para gestantes com infecção urinária	32
1.3.1 Tratamento	34
1.3.2 Assistência/cuidar de enfermagem.....	36
1.3.3 Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária.....	37
CAPITULO II- FASE METODOLÓGICA	41
2.1 Tipo de estudo	42
2.2 Instrumentos de recolha de dados	43
2.3 Descrição do campo empírico	44
2.4 População e amostra do estudo	45

2.5 Aspectos éticos.....	46
CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA	48
3.1 Apresentação e análise dos dados	49
3.2 Análise e interpretação das categorias	50
3.3 Conclusão da análise dos dados	57
Considerações finais	60
Proposta	62
Referências Bibliográficas.....	63
Apêndices	69
Apêndice I- Requerimento	69
Apêndice II- Consentimento Informado	70
Apêndice III- Termo de aceitação do tema para o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso	71
Apêndice IV- Guião de Entrevista	72
Anexos.....	74
Anexo I- Anatomia do Aparelho Urinário	74
Anexo II- Sistema Reprodutor Feminino	74
Anexo III- Infecções Urinárias.....	75
Anexo IV- Gestante.....	75

Índice de tabela

Tabela 1: Número de internamento no ano de 2013

Tabela 2: Diagnósticos por internamentos no ano de 2013

Tabela 3: Número de diagnósticos por internamentos no ano de 2014

Tabela 4: Diagnósticos por internamentos no ano de 2014

Tabela 5: Número de internamentos no ano de 2015.

Tabela 6: Diagnóstico por internamentos no ano de 2015.

Tabela 7: N° e % de internamentos de 2013 á 2015.

Tabela 8: N° e % de diagnósticos por internamentos de 2013 á 2015

Tabela 9: Eliminação urinária alterada

Tabela 10: Retenção urinária

Tabela 11: Dor

Tabela 12: Apresentação e característica da amostra em estudo

Tabela 13: Categorias e subcategorias das entrevistas

Índice de gráficos

Gráfico 1: % de internamentos no ano de 2013.

Gráfico 2: % de diagnósticos por internamentos no ano de 2013.

Gráfico 3: % de internamentos no ano de 2014.

Gráfico 4: % de diagnósticos por internamentos no ano de 2014.

Gráfico 5: % por internamentos no ano de 2015.

Gráfico 6: % de diagnóstico por internamentos no ano de 2015.

Gráfico 7: N° de internamentos de 2013 à 2015.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem e Investigação Científica, lecionada na Universidade do Mindelo, cujo objetivo é a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem. Pretende-se promover o conhecimento científico, com pertinência, objetividade, clareza e sistematização.

O tema em estudo é a “Assistência de enfermagem às grávidas com infeção urinária no serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) ”, e tem como objetivo demonstrar a importância da atuação do enfermeiro às grávidas com infeção do trato urinário (ITU) na enfermaria da maternidade do HBS.

A Infeção do Trato Urinário é uma das patologias mais frequentes na gravidez, isso deve-se as mudanças físicas e hormonais que ocorrem durante esta fase, expondo o binómio mãe-filho a riscos, podendo até culminar na morte materno-infantil. Sendo assim a pertinência deste estudo centra-se na aquisição e aprofundamento dos conhecimentos sobre a atuação do enfermeiro as grávidas com ITU.

A elaboração deste trabalho deu-se em 4 fases. Uma primeira onde foi feita um levantamento do enquadramento teórico, nomeadamente a definição do conceito chave para um melhor entendimento do tema. Foi dada uma maior atenção a conceitualização da ITU, das consequências desta na díade mãe-filho, na sua classificação etiológica e os fatores que apresentam risco para uma gestante desenvolver ITU.

Na segunda fase foi feita a escolha da metodologia que melhor se adequa aos objetivos pretendidos. Nesta fase foi estabelecido o campo empírico, a identificação da população alvo para o estudo, a definição da amostra, a escolha do método e instrumento de recolha de informações, as considerações éticas previstas a uma investigação de caráter científico e identificação de como foi feita a recolha e tratamento das informações obtidas.

Numa terceira fase fez-se o levantamento dos dados junto a amostra. Finalmente na quarta fase encontra-se a análise e interpretação das informações colhidas da amostra, as considerações finais da investigação, as propostas, as referências bibliográficas, bem como os anexos.

Espera-se que este estudo possa contribuir como ferramenta para que o profissional de saúde, aumente os seus conhecimentos na atuação do enfermeiro às grávidas com ITU, e que este seja apenas o pioneiro da discussão deste tema, no seio hospitalar, que no entender das investigadoras, merece novas abordagens no campo da saúde e do cuidar devido as consequências que acarreta, pois a saúde é uma área que está em constante atualização, nunca se dá por concluído um tema de investigação, porque as informações são constantemente atualizadas com as novas descobertas.

Problemática e justificativa

A ITU é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação acometendo de 10 a 12% das grávidas, com maior ocorrência no primeiro trimestre, podendo contribuir até para a mortalidade materno-infantil (Duarte et al., 2008, p. 13).

Segundo Heilberg e Schor (2008, p. 13), “a ITU é a segunda causa de morbidade obstétrica e um dos principais fatores de risco associado ao aborto e trabalho de parto prematuro (TPP).”

A cistite ocorre em 0,3-1,3% das gestações, mas não parece estar relacionado com a bacteriúria assintomática. A infecção urinária sintomática se desenvolve em 20% a 40% das grávidas com bacteriúria assintomática no início da gestação e em 2% nas gestantes sem bacteriúria. A pielonefrite aguda ocorre em 1-2% das gestações (Rolo e Moreira, 2008, p. 13)

De acordo com Naber et al. (2008, p. 12) “na europa cada cinco mulheres grávidas tem pelo menos um episódio de ITU ao longo da gestação”. Foxman (2003, p. 13) por seu lado diz que “nos Estados Unidos da América (EUA) estima-se que também mais de metade das mulheres grávidas tenha pelo menos uma ITU ao longo da gestação.”

Relativamente a Cabo Verde a ITU na gestante é uma temática pouco discutida ou mesma nula e que necessita de soluções no sentido de diminuir a incidência, não somente no HBS nem tão pouco na ilha de São Vicente, mas em todo o país. Em São Vicente, segundo dados colhido no HBS nos anos 2013 a 2015, registaram 203 casos de internamento com diagnóstico de ITU.

Diante da gravidade e ao grande número de ocorrência entre as gestantes, justifica a importância, de estudar a “Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária nos serviços de maternidade (SM) do HBS”, a fim de diminuir as complicações decorrentes dessa doença, estudando meios de prevenções e melhorando o atendimento e a qualidade da assistência prestada na enfermaria do HBS, uma vez que a ITU tem-se tornado cada vez mais frequente e comum no período de gestação.

Tabela 1: número de internamentos no ano de 2013.

2013	
Intervalo de idade	Nº de internamentos
14-19	14
20-29	25
30-39	14
40-42	2
Total	55

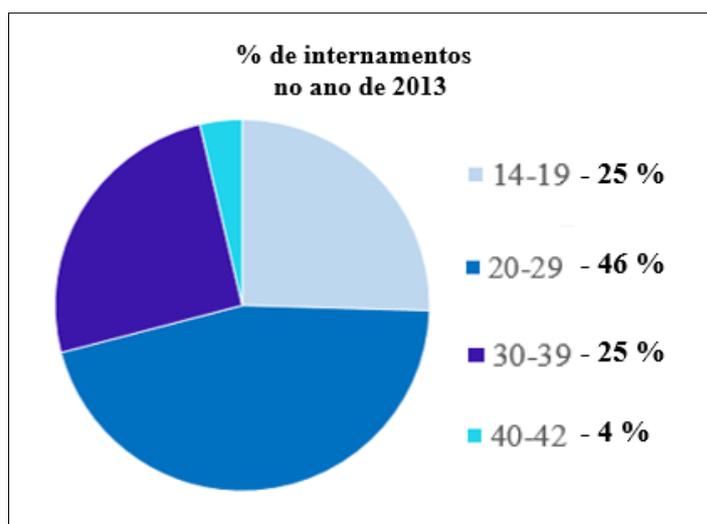
Fonte: elaboração própria.

A tabela 1 representa os dados de internamento por faixa etária das gestantes com ITU, na enfermaria da maternidade no ano de 2013, com um total de 55 internamentos. Observa-se maior registo na faixa etária de 20 a 29 anos com 25 internamentos, seguido pelas faixas etárias de 30 a 39 anos e 14 a 19 anos, com 14 internamentos respetivamente e finalmente a faixa etária de 40 a 42 anos com 2 internamentos.

Conforme se observa no gráfico 1 no ano de 2013 a maior percentagem de internamentos foi na faixa etária dos 20 aos 29 anos com 46% dos casos, seguido das faixas etárias dos 30 aos 39 anos e dos 14 aos 19 anos com 25% dos internamentos cada. Finalmente a faixa etária dos 40 aos 42 anos com 4%.

Os diagnósticos conferidos aos internamentos por ITU, no ano de 2013, encontram-se no quadro a seguir.

Gráfico 1: % de internamentos no ano de 2013.



Fonte: elaboração própria

Dos cinquenta e cinco casos de internamentos por ITU no ano de 2013, o maior registo foi o diagnóstico de ITU sem identificação do órgão do sistema urinário

acometido, assim como se tratava de uma infecção das vias baixas ou altas com cinquenta casos, seguido pela pielonefrite com cinco casos, não se registrando nenhum caso de cervicite ou hematúria.

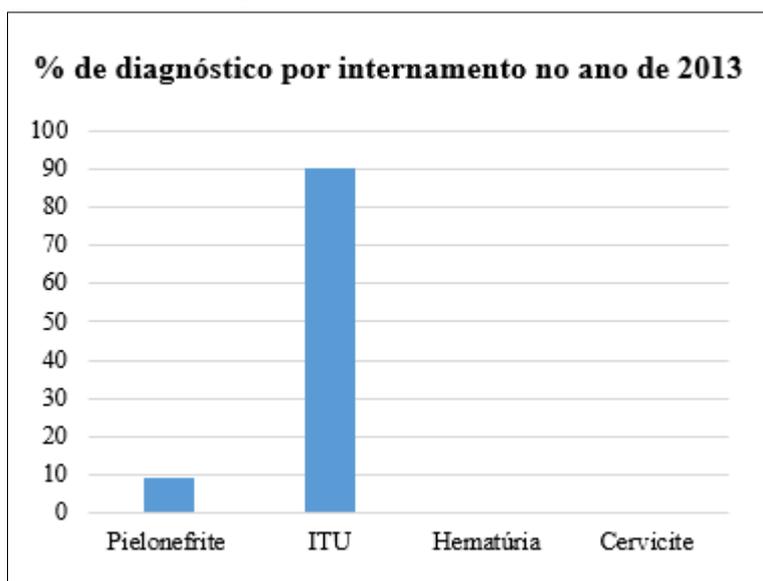
Tabela 2: diagnósticos por internamentos no ano de 2013.

2013	
Diagnóstico	Nº de internamentos
Pielonefrite	5
ITU	50
Hematúria	0
Cervicite	0
Total	55

Fonte: elaboração própria.

Como se pode observar no gráfico 2, 90% dos internamentos foram diagnosticados com ITU, sem qualquer outra designação, e 9% por pielonefrite.

Gráfico 2: % de diagnósticos por internamentos no ano de 2013.



Fonte: elaboração própria.

Segundo a tabela 3, no ano de 2014 foram registrados um total de setenta internamentos por ITU, o maior registo foi na faixa etária dos 20 aos 29 anos com uma prevalência de quarenta internamentos, o segundo maior registo foi na faixa etária dos 14 aos 19 anos, com quinze internamentos, seguido pela faixa etária dos 30 aos 39 anos, com treze internamentos e finalmente com dois internamentos a faixa etária dos 40 aos 42 anos.

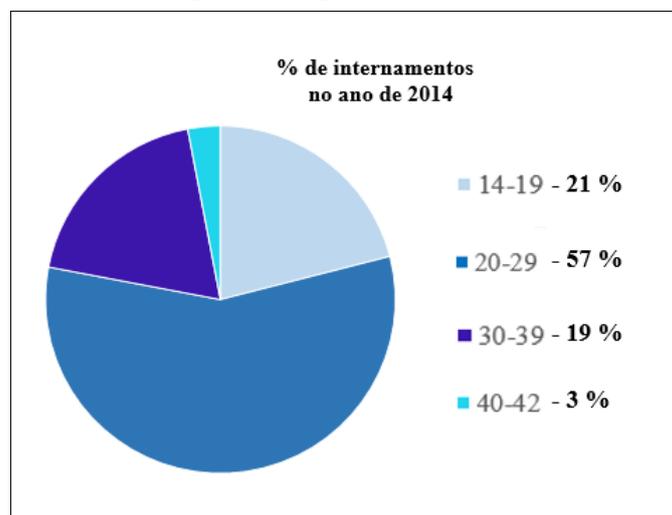
Tabela 3: nº de diagnósticos por internamentos no ano de 2014.

2014	
Intervalo de idade	Nº de internamentos
14-19	15
20-29	40
30-39	13
40-42	2
Total	70

Fonte: elaboração própria.

No ano de 2014 das utentes internadas com ITU, o maior registo foi na faixa etária dos 20 aos 29 anos, com 57 % dos casos, seguido pela faixa etária dos 14 aos 19 anos com 21%, sucessivamente a faixa etária dos 30 aos 39 anos com 19% dos casos e com menor registo a faixa etária dos 40 aos 42 anos com 3% dos casos.

Gráfico 3: % de diagnósticos por internamentos no ano de 2014.



Fonte: elaboração própria.

Os diagnósticos atribuídos a esses internamentos no ano de 2014 encontram-se no quadro a seguir, em que a semelhança do ano anterior os casos de internamento por ITU, sem designação, manteve um maior registo, com sessenta e quatro casos, seguido pela pielonefrite com seis casos totalizando assim os setenta casos de internamento desse ano. Não foram diagnosticados casos de hematúria e cervicite.

Tabela 4: nº de diagnósticos por internamentos no ano de 2014.

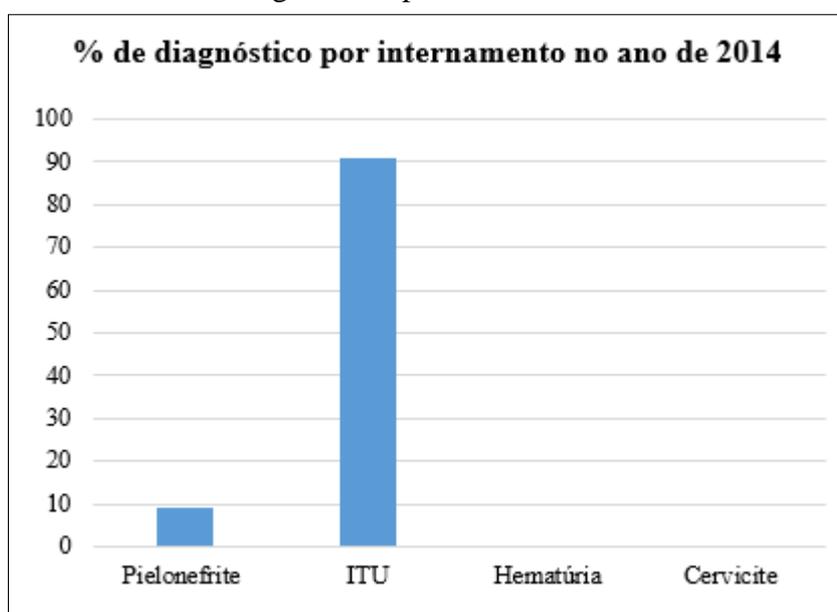
2014	
Diagnóstico	Nº de internamentos
Pielonefrite	6
ITU	64
Hematúria	0

Cervicite	0
Total	70

Fonte: elaboração própria.

Como se pode verificar pelo gráfico 4 no ano de 2014, manteve-se a maior prevalência de internamentos por ITU, com 91% dos casos de internamento, seguido pela pielonefrite com 9% dos casos de internamento. Sem registo de casos de hematúria e cervicite.

Gráfico 4: % de diagnósticos por internamentos no ano de 2014.



Fonte: elaboração própria.

Como se pode observar na tabela 5, prevalece o maior registo de casos de internamento por ITU na faixa etária dos 20 aos 29 anos com quanta e nove casos, seguido pela faixa dos 30 aos 39 anos, com o segundo maior registo, com dezasete casos, no terceiro registo, com uma diferença de cinco pessoas, encontra-se a faixa etária dos 14 aos 19 anos, e sem nenhum registo a faixa etária dos 40 aos 42 anos. Totalizando setenta e oito internamentos neste ano.

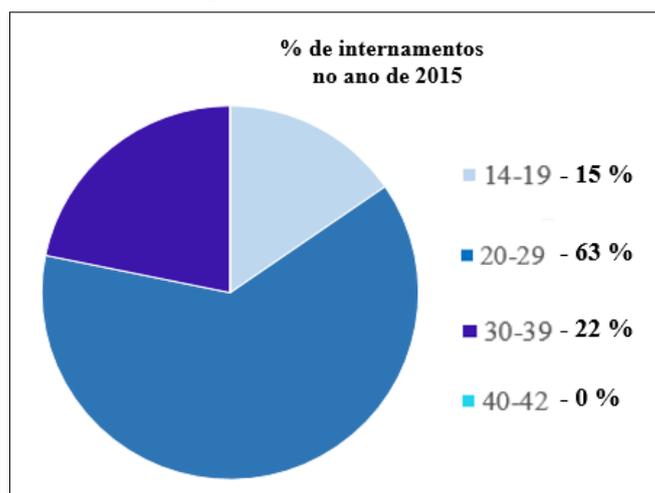
Tabela 5: nº de internamentos no ano de 2015.

2015	
Intervalo de idade	Nº de internamentos
14-19	12
20-29	49
30-39	17
40-42	0
Total	78

Fonte: elaboração própria.

A semelhança dos anos anteriores prevalece com maior percentagem de internamentos a faixa etária dos 20 aos 29 anos, com 63% dos internamentos, seguido pela faixa etária dos 30 aos 39 anos com 22% dos casos, o terceiro com menor registo, a faixa etária dos 14 aos 19 anos com 15% dos casos. Neste ano não foram registados casos na faixa etária dos 40 aos 42 anos.

Gráfico 5: % por internamentos no ano de 2015.



Fonte: elaboração própria.

Como se pode constatar por observação do quadro 6, os casos de ITU sem designação são em maior número, sessenta e sete casos, seguido pelos de pielonefrite com oito casos, consecutivamente os casos de hematúria, dois casos e finalmente um caso de cervicite.

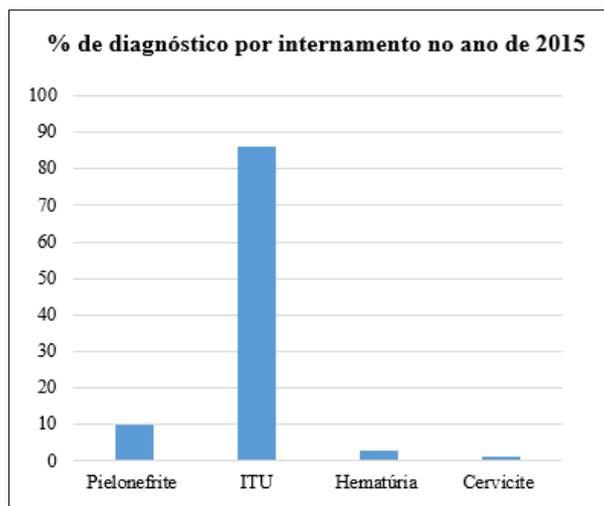
Tabela 6: diagnóstico por internamentos no ano de 2015.

2015	
Diagnóstico	Nº de internamentos
Pielonefrite	8
ITU	67
Hematúria	2
Cervicite	1
Total	78

Fonte: elaboração própria.

Com 86% dos internamentos a ITU teve maior registo, seguido pela pielonefrite com 10% dos internamentos, com terceiro registo a hematúria com 3% e finalmente a Cervicite com 1% dos casos de internamento

Gráfico 6: % de diagnóstico por internamentos no ano de 2015.

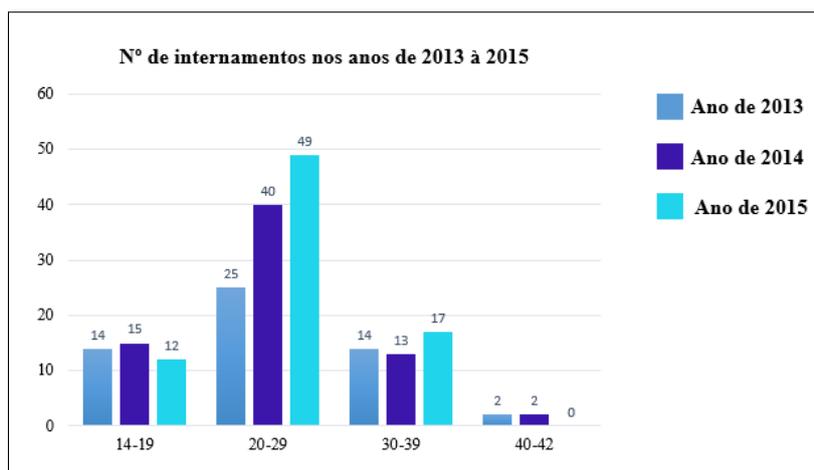


Fonte: elaboração própria.

Fazendo uma análise comparativa aos anos de 2013 a 2015, pode-se constatar que internamentos por ITU nas grávidas, internadas na enfermaria de maternidade, aumentaram. O número de casos registados no ano de 2013 foi de cinquenta e cinco, sofrendo um aumento de quinze casos no ano de 2014, totalizando setenta casos, mantendo a tendência ascendente no ano de 2015 com setenta e oito casos.

Como se pode verificar pelo gráfico 7 durante os anos analisados, a faixa etária dos 20 aos 29 anos manteve-se o maior registo de internamentos, com vinte e cinco internamentos em 2013, quarenta no ano de 2014 e quarenta e nove em 2015, seguido pela faixa etária de 30 a 39 anos que nos anos 2013 e 2015 registou-se o segundo maior registo de internamentos com quatorze e dezasete casos respetivamente, no ano de 2014 sofreu um decréscimo de um caso comparativamente ao ano anterior, passando de quatorze internamentos para treze. O terceiro maior registo pertence a faixa etária dos 14 aos 19 anos que no ano 2015 registou dezasete casos de internamento, no ano 2013 igualou-se com a faixa etária dos 30 aos 39 anos em quatorze casos de internamentos e no ano de 2014 teve maior registo que a faixa etária dos 30 aos 39 anos, com quinze internamentos. A faixa etária dos 40 aos 42 anos nesses anos manteve-se com o menor registo de internamentos com dois casos nos anos 2013 e 2014 e nenhum caso em 2015.

Gráfico 7: nº de internamentos de 2013 à 2015.



Fonte: elaboração própria.

Durante estes anos houve um total de internamentos por ITU, nas enfermarias de maternidade, de duzentos e três casos. O maior registo foi na faixa etária dos 20 aos 29 anos com cento e catorze casos, correspondendo a 56% dos casos de internamentos, o segundo maior registo foi na faixa etária dos 30 aos 39 anos com quarenta e quatro casos e uma representação de 22%, seguido pela faixa etária dos 14 aos 19 anos com quarenta e um internamentos e uma percentagem de 20% e por fim a faixa etária dos 40 aos 42 anos com quatro internamentos que corresponde a 2% dos casos.

Tabela 7: nº e % de internamentos de 2013 á 2015.

Faixa etária	2013	2014	2015	Total	% de internamentos
	Nº de internações	Nº de internações	Nº de internações		
14-19	14	15	12	41	20
20-29	25	40	49	114	56
30-39	14	13	17	44	22
40-42	2	2	0	4	2
Total	55	70	78	203	100

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos diagnósticos que levaram aos internamentos as ITU sem designações foram os maiores responsáveis, levaram cento e oitenta e uma mulheres a serem internadas, correspondendo a 89% dos casos, seguidamente foram as causas por pielonefrite, com dezanove internamentos uma representação de 9% dos casos, com 1% encontram-se os casos de hematúria e cervicite com dois e um casos respetivamente, totalizando assim os duzentos e três casos de internamentos por ITU nas grávidas.

Tabela 8: nº e % de diagnósticos por internamentos de 2013 á 2015.

Diagnóstico	2013	2014	2015	Total	% de internamentos
	Nº de internações	Nº de internações	Nº de internações		
Pielonefrite	5	6	8	19	9
ITU	50	64	67	181	89
Hematúria	0	0	2	2	1
Cervicite	0	0	1	1	1
Total	55	70	78	203	100

Fonte: elaboração própria.

Infelizmente dados como o trimestre de gestação, o tempo de internamento, se houve ou não reinternamento não são registados pelo serviço de estatística do HBS, o que não nos permite fazer uma melhor análise. Mas pelos números apresentados, permite-nos afirmar que a ITU nas grávidas é um problema de saúde que merece ser estudado e que vem sofrendo um aumento considerável no número de casos.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar a importância assistência da enfermagem diante as grávidas com ITU na enfermaria de maternidade do HBS.

Objetivos específicos

Descrever a percepção das enfermeiras sobre a assistência de enfermagem as gestantes com ITU no serviço de maternidade;

Apontar as intervenções de enfermagem efetuadas durante o internamento das gestantes com ITU no serviço de maternidade;

Descrever os fatores que limitam a assistência do enfermeiro às grávidas com infecção do trato urinário na enfermaria da maternidade do Hospital Dr. Batista de Sousa.

CAPÍTULO I- ESTADO DA ARTE

Esta fase teórica possibilita fazer um levantamento bibliográfico sobre o tema que dá suporte ao estudo, pois é essencial uma vez que, permite delimitar e fundamentar o tema a ser elaborado. Houve nessa etapa a necessidade de efetuar uma breve revisão de literatura que permitisse identificar os conceitos chaves para realização do presente trabalho. Pois entender todo o processo em que informa o desenvolvimento da infecção urinária nas grávidas.

1.1 Anatomia e fisiologia da mulher

O sistema genital feminino é constituído por órgãos genitais externos e internos. A parte externa é formada pela vulva (monte do púbis, lábios maiores e menores, clitóris, bulbo do vestíbulo, e glândulas vestibulares) e os órgãos genitais internos são constituídos pelos ovários, vias condutoras ou tubas uterinas, útero e vagina (Montenegro, 2011 Seeley et al (2005).

➤ Parte externa

A parte externa ou vulva consiste no vestíbulo e nos órgãos que o delimitam, que segundo Seeley et al (2005, p. 961) compreende:

- O vestíbulo vaginal é a área triangular que se visualiza quando se afasta os pequenos lábios. Estes são dois finos folhetos situados entre os grandes lábios, são húmidos, com numerosas glândulas sebáceas e não são recobertos de pelos.
- Os grandes lábios são duas pregas de tecido adiposo e conjuntivo, cobertas por pele que formam os limites laterais da vulva. O clitóris é um corpúsculo pequeno, cilíndrico, localizado na porção superior da vulva na região em que os lábios se unem anteriormente, é composto de tecido erétil com vasos e nervos é extremamente sensível.
- O monte de Vênus ou monte pubiano é constituído de tecido adiposo e conjuntivo que reveste a sínfise púbica e os ossos púbicos adjacentes. A pele contém glândulas sebáceas e após a puberdade é recoberta de pelos.

Na percepção de Machado, (2012, p. 1) “o meato urinário não faz parte dos órgãos genitais femininos ele é descrito juntamente com a vulva pela sua localização

anatômica abaixo do clitóris e acima do orifício vaginal (varia consideravelmente em aspeto)”.

➤ Órgãos genitais internos

Na percepção de Rezende (2005, p. 23) os órgãos genitais internos compreendem:

- A vagina, que é um canal tubular ligando a genitália externa do útero. A sua abertura inferior chama-se entróito vaginal ou óstio vaginal, na virgem o hímen.
- O útero é onde o feto se desenvolve e cresce, é uma estrutura muscular, constituída por duas partes o colo e o corpo.
- O colo ou cérvix é a porção caudal, acima se continua como o corpo uterino sendo o ponto de junção nomeado ístmo.
- O corpo uterino, cuja porção superior constitui o fundo, com ângulos denominados cornos, onde penetram as trompas, estruturalmente o corpo uterino composto de serosa (peritónio), miométrio e endométrio, durante cada ciclo menstrual o óvulo passa do ovário para o útero pelas trompas, o útero retém o óvulo fecundado (ovo) possibilitando-lhe desenvolvimento e crescimento e o expulsa quando maduro.

Colaborando, Guyton (2002, p. 23-24) reconhece que:

- As Tubas ou Trompas de Falópio localizam-se cada uma nos cantos superiores do útero, curvando-se em direção lateral e posterior, em torno da cavidade pélvica, elas são divididas em quatro regiões a intersticial ou intramural, ístmica, ampular e infundibular, elas recolhem o óvulo na superfície do ovário após a rutura onde na região ampular ocorre a fertilização, a diferenciação celular para depois ocorrer a nidação no útero.
- Os ovários ficam suspensos na franja terminal de cada trompa uterina e possuem uma estrutura interna, o estroma ovariano.

1.1.1 Fisiologia da Gestação

Segundo Filho (2008, p.20) “a gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento de um ou mais embriões no interior do útero. Para que ocorra a gravidez é necessário que o óvulo, gâmeta feminino, seja fecundado pelo espermatozoide, gâmeta masculino. O resultado dessa fecundação dá origem ao zigoto, que após várias mitoses se transforma no embrião.”

Acrescentou Bayer e Bayer (2007, p. 35) que a gravidez é a condição fisiológica em que se encontra a mulher que concebeu e guarda no seu próprio organismo, o produto da concepção.

Após a fertilização do óvulo por um espermatozoide este se transforma em um ovo ou zigoto. Geralmente a fusão acontece na região da tuba uterina, onde se inicia o processo de divisão celular ao mesmo tempo em que o zigoto se movimenta em direção ao útero. Entre o 5º e 9º dia do zigoto, chamado nesta fase de blastocisto, acontece a sua implantação na parede do útero, na camada chamada de endométrio (Filho , 2008).

A placenta é o órgão responsável pelas principais trocas entre mãe e feto durante toda a gestação. É através dos vasos entre o cordão e a placenta e o contato da placenta com os vasos maternos que o feto é capaz de obter todos os nutrientes e oxigênio que necessita para o seu desenvolvimento assim como eliminar seus produtos metabólicos e gás carbônico. Esta relação de troca permanecerá até o momento da expulsão fetal, somente após a expulsão fetal esta circulação gradativamente cessa o que desencadeia a chamada fase de secundamento, quando o desprendimento da placenta do útero acontece (Filho, 2008).

1.1.2 Modificações fisiológicas e anatómicas induzidas pela gravidez

Durante a gravidez ocorre várias alterações fisiológicas importantes, que predispoem a ocorrência de infecção ascendente do trato urinário:

Alterações uterinas

O útero pode parecer um órgão simples na aparência mais possui características específicas, histológicas e funcionais, a parede uterina consta de três camadas; uma serosa, uma espessa porção do músculo liso (miométrio) e uma estrutura interna o endométrio, durante a fase secretória do ciclo menstrual há também três camadas no endométrio (Rezende & Montenegro, 2003):

- Camada compacta, fina, superficial, formada por células do estroma, densamente arranjadas em torno das porções vizinhas às glândulas endometriais;
- Camada esponjosa, espessa, edemaciada, contendo glândulas dilatadas e tortuosas;
- Camada basal tem sua própria vascularização e não se destaca na menstruação.

A morfologia das fibras musculares do miométrio não-gravídico é igual e a dos outros músculos lisos, na gravidez ocorre uma hipertrofia dos elementos musculares, ou seja, aumento do volume dos pré existentes, hiperplasia dos elementos musculares, aumento quantitativo de miócitos e do tecido conectivo das células como das fibras e dos líquidos intersticiais, e a vascularização também é bem maior (Rezende & Montenegro, 2003).

Ainda Rezende e Montenegro (2003, p. 85) afirmam que:

“(...) as modificações do endométrio auxiliam na formação da decídua que é de vital importância para a implantação e o desenvolvimento do ovo”. Até o 4º e 5º mês o corpo do útero mantém esférico, nos dois primeiros meses é o útero o órgão exclusivamente pélvico, com 12 semanas torna-se perceptível ao palpar o abdômen, ele modifica-se em um minuto de tempo, não é de se estranhar a complexidade, pois ele retém e abriga o concepto e seus anexos.

Após a nidação ocorrem numerosas alterações, conforme a concepção de Neme (2000, p. 33) como:

- Consistência: é alterada fundamentalmente pela embebição gravídica, que amolece o útero como um todo, especialmente o local da implantação ovular.
- Volume: sua capacidade normal é menor que 10 ml, comprimento de 7 cm, largura de 4,5 cm e espessura de 2,5 cm, na gestação sua capacidade passa a ser de 5.000 ml e nos casos de gestações múltiplas pode alcançar a capacidade de 10.000 ml.

- **Peso:** normalmente o útero pesa em média 70 gramas e chega ao termo pesando aproximadamente 1.100 g.
- **Forma:** durante todas as etapas da gestação o útero passa por diversas formas, o útero não-gravídico é piriforme e de localização intra-pélvica e ao final da gestação ele passa a crescer no sentido longitudinal, com desenvolvimento acentuado na região ístmica.
- **Coloração:** com imenso fluxo sanguíneo o útero adquire tom vinho

O miométrio tem uma espessura de 7 a 12 mm antes da gravidez, nos primeiros meses alcança 25 mm assim se mantêm até o 4º e 5º mês (Rezende & Montenegro, 2003).

O colo também é conhecido como canal cervical, o limite inferior é o orifício externo do canal cervical ou orifício externo do útero, a extremidade superior é o orifício interno do canal cervical ou também orifício externo do canal do istmo, ocorre modificação da posição do colo, quando ocorre crescimento do corpo a cérvix eleva-se, tornando difícil acesso tanto ao toque como no exame especular, quando no final da gravidez ocorre a insinuação da cabeça desce o colo e centraliza-se no eixo vaginal (Rezende & Montenegro, 2003).

Na vulva e na vagina ocorrem mudanças na coloração, a vulva pigmenta-se e a extremidade inferior da vagina perde o róseo característico apresentando uma cor vermelho-vinhosa. (Rezende & Montenegro, 2003).

Alterações do sistema urinário

De acordo com Rezende (2005, p. 59):

“Os rins aumentam de tamanho durante a gravidez, com seu comprimento medido por pielografia intravenosa, elevando-se cerca de 1 cm. Este aumento de tamanho e peso deve-se consequentemente ao aumento da vascularização renal e do volume intersticial, sendo que o rim direito tende a aumentar mais que o esquerdo. Também ocorre durante o período de gestação, a dilatação dos ureteres e pelvis renais que começa por volta do segundo mês de gravidez tornando-se máxima no segundo trimestre, quando o diâmetro uretral pode ser de até 2cm, e o volume de urina em cada ureter é de 20 a 50 ml”.

Ainda Rezende (2005, p. 60) afirma que:

“O ureter direito é quase que invariavelmente mais dilatado que o esquerdo, e a dilatação geralmente não pode ser demonstrado abaixo da borda pélvica. Estes achados levaram alguns afirmar que a dilatação é totalmente mecânica

devido a compressão dos ureteres pelo útero em crescimento e pelo plexo venoso ovariano. Pareceria que os fatores mecânicos são as causas mais importantes desta dilatação, mas o início precoce de aumento uretral apoia a hipótese de que também participa o relaxamento do músculo liso causado pela liberação de progesterona levando a consequência óbvias e incluem, aumento da incidência de pielonefrite entre grávidas com bacteriúria assintomática, dificuldade em interpretar radiografias urinárias e em diagnosticar obstrução do trato urinário durante a gravidez e interferência com estudos do fluxo sanguíneo renal, filtração glomerular e função tubular, que, devido à estase urinária, devem ser realizados em altas taxas de fluxo urinário”.

O aumento da volémia materna associado à diminuição da resistência vascular, repercutem sobre a função renal e ocasiona no aumento de 30 a 40% na taxa de filtração glomerular e no fluxo plasmático renal. Em decorrência desse aumento de vascularização e do espaço intersticial o rim aumenta cerca de um centímetro que demora cerca de seis meses após o parto para retornar ao seu tamanho normal. Esse aumento ainda significa maior quantidade de solutos do plasma atravessando o glomérulo por unidade de tempo e pode explicar a glicosúria e aminocidúria que podem ocorrer na gestação (Rudge et al., 2009).

A ação da prostaciclina sobre a musculatura lisa do aparelho urinário ocasiona hipotonicidade e hipomotilidade do bacinete e do ureter, com aumento do diâmetro e dessa maneira facilita a estase urinária. A bexiga, progressivamente elevada pelo útero, principalmente após o primeiro trimestre, estira o trígono vesical, retifica o ângulo uretrovesical posterior, permitindo o aparecimento ou a piora da incontinência urinária aos esforços (Rudge, et al., 2009).

Conforme explica Silva (2007, p. 59):

“A partir do terceiro mês, os cálices renais, a sua pelve e o ureter se dilatam e a peristalse diminui. A hidroureter, respostas fisiológicas a essas modificações, acometem até 90% das gestantes, mais frequentemente à direita, já que facilitadas pela compressão do sistema urinário pelo útero gravídico que sofreu dextrorrotação fisiológica. A bexiga altera sua posição em decorrência do crescimento uterino e é rechaçada para frente em direção a cavidade abdominal, deixando de ser órgão exclusivamente pélvico. Com isso diminui a capacidade residual, o que motiva a polaciúria. A uretra experimenta crescimento de seu diâmetro e, na tentativa de preservar a continência da urina, aumenta a pressão interna, modificação nem sempre eficaz já que algumas grávidas apresentam episódios ocasionais de incontinência urinária. Essas alterações renais e das vias urinária ocorrem devido a influência de fatores mecânicos e hormonais ocasionados em consequência da gravidez”.

O sistema excretor urinário é formado por fibras vasculares lisas longitudinais e circulares. Esse sistema sofre a ação relaxante da prostaciclina, levando a hipotonia e

hipoatividade dessas fibras. Como consequência, os diferentes segmentos do sistema excretor encontram-se alongados, dobrados sobre si e dilatados. A diminuição do peristaltismo e da tonicidade facilita a estase urinária, que explica a maior incidência de infecções urinárias durante a gravidez. Esses fenômenos são observados de forma mais intensa no sistema excretor do rim direito, decorrente da dextrorrotação uterina (Gois et al., 2010).

1.2 Sistema urinário/Anatomia do Aparelho Urinário

Os ureteres vão do rim até à bexiga, na cavidade pélvica. No polo superior de cada rim encontra-se uma glândula supra-renal.

Segundo Souza e Prado, (2005, p. 5) “o sistema urinário é encarregado da produção, coleta e eliminação da urina. Está localizado no espaço retroperitoneal, de cada lado da coluna vertebral dorso-lombar e é constituído pelos rins direito e esquerdo, a pelve renal, os ureteres, a bexiga e a uretra”.

Rins

Os rins são dois, direito e esquerdo, com forma comparável a um grão de feijão e tamanho aproximado de 12 centímetros de altura e 6 centímetros de largura e estão situados de cada lado da coluna vertebral, por diante da região superior da parede posterior do abdome, estendendo-se entre a décima primeira costela e o processo transversal da terceira vértebra lombar (Spence, 1991).

Ainda Seeley et al (2005 p. 961) “reforça que os rins estão localizados na cavidade abdominal, o direito logo abaixo do fígado e o esquerdo abaixo do baço”.

O rim direito apresenta-se um pouco mais longo e maior do que o esquerdo, devido a localização do fígado. Cada um dos rins apresenta uma superfície anterior e outra posterior, e duas bordas, média e lateral (Gardner et al., 1988).

Spence, (1991, p. 55) “relata que a face lateral renal apresenta-se de forma convexa e face média côncava. A margem medial possui uma fenda, denominado hilo renal, por onde entra a artéria renal e saem a veia renal e ureter. O hilo se abre no

interior do rim denominado seio renal, onde se localizam os vasos renais e a pelve renal”.

Os rins exercem múltiplas funções que podem ser didaticamente definidas como filtração, reabsorção, secreção, funções endócrina e metabólica. A função primordial dos rins é a manutenção da homeostasia, regulando o meio interno predominantemente pela reabsorção de substâncias e íons filtrados nos glomérulos e excreção de outras substâncias (Moore & Dalley, 2007).

Ureteres

Os ureteres são em número de dois e são retroperitoneais, onde suas metades superiores estão no abdome e suas metades inferiores situam – se na pelve. A medida que os ureteres deixam o abdome e entram na pelve menor, passa sobre a abertura superior da pelve denominada margem pélvica (Moore & Dalley, 2007).

Porção pélvica

A porção pélvica tem relações diferentes nos dois sexos e pequenas diferenças de um lado para o outro. No sexo feminino, as relações dos ureteres com os demais órgãos variam de acordo com o desenvolvimento do sistema genital e com a gravidez (Di Dio & Arap, 2002).

O ureter pélvico, por seu lado, cruza a artéria ilíaca comum e se curva medialmente para chegar a bexiga urinária. Ao nível da espinha isquiática, a porção terminal do ureter se dirige medial, inferior, anteriormente abaixo dos vasos uterinos, a cerca de 2 centímetros do colo uterino. A parte intramural continua-se com a parte submucosa, e ambas podem ser consideradas em conjunto com parte intravesical. Estas sedes são, frequentemente, locais de dificuldade de migração de cálculos urinários ou introdução de endoscópios uretrais (Di Dio & Arap, 2002).

Bexiga

A bexiga é uma bolsa situada posteriormente à sínfise púbica e que funciona como um reservatório temporário de urina podendo conter, quando cheia, cerca de 500 ml de urina, mas o desejo de micção geralmente ocorre com 350 ml. A forma, o tamanho, a situação e as relações da bexiga com órgãos vizinhos variam com as suas fases de vacuidade, plenitude ou intermediárias, com as mesmas fases com que se

encontram os órgãos vizinhos e ainda com a idade e o sexo do indivíduo (Dangelo & Fatini, 2007).

Colaborando, Gardner et al. (1988, p. 55-56) afirmam que:

“a bexiga localiza-se inteiramente ou quase que inteiramente, no interior da pelve e repousa sobre o pube e na parte adjacente do assoalho da pelve. Está situada ligeiramente mais baixa na mulher do que no homem. Com o enchimento, ela gradualmente se eleva no abdome podendo atingir o nível do umbigo”.

Uretra

A uretra feminina apresenta-se mais curta que a masculina, possui em média cerca de 4 cm de comprimento e estende-se até o óstio externo, que situa entre os lábios menores da vulva, logo abaixo do clitóris, não desempenhando nenhuma função que se relacione com os órgãos genitais (Dangelo & Fatini, 2007).

A uretra passa anatomicamente antero-inferiormente ao ostio interno da uretra da bexiga urinária, posterior e depois inferior a sínfise púbica. O ostio externo da uretra encontra-se no vestíbulo da vagina diretamente anterior ao ostio da vagina. A uretra passa com a vagina, através do diafragma da pelve, músculo esfíncter externo da uretra (Moore & Dalley, 2007).

A uretra constitui o último segmento das vias urinárias, lembrando que ela difere nos dois sexos, mas em ambos é um tubo mediano que estabelece comunicação entre a bexiga urinária e o meio exterior, ao passo que na mulher possui apenas a função de excreção da urina (Dangelo & Fatini, 2007).

1.2.1 Conceitos da Infecção do trato urinário (ITU)

A infecção do trato urinário (ITU) é a invasão do trato urinário por microrganismos que desencadeiam uma resposta inflamatória. Essa invasão é geralmente bacteriana, atingindo o trato urinário por via ascendente, hematogénica e linfática (Kahhale & Souza, 2012).

Gois et al. (2010, p. 59) definiram a ITU como sendo a presença e replicação de bactérias no trato urinário, provocando danos aos tecidos do sistema urinário.

1.2.2 Epidemiologia

Segundo Ministério de Saúde do Brasil (2005, p. 65) identificaram:

“a infecção de trato urinário como sendo comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais comum e frequente no período de gestação. 2 a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, com 20 a 35% de desenvolvimento para pielonefrite aguda”.

A prevalência de bacteriúria na gravidez é de 5 a 10% nos casos de infecção assintomática e em sua grande maioria precede o início da gravidez. A frequência da cistite aguda na gravidez encontra-se em torno de 1 a 3%. Alguns casos de cistites são primários, outros se desenvolvem em virtude da não identificação ou não tratamento da bacteriúria assintomática (Duff, p.1999).

Ainda Soares e Guaré, (2003, p. 65) acrescentam que:

“(…)a incidência da pielonefrite, a qual complica em torno de 1 a 2% das gestantes, depende, entre outros fatores, da prevalência de bacteriúria assintomática, embora a gestação não eleve as chances de bacteriúria, o risco de desenvolver pielonefrite aumenta. Sua incidência está realmente elevada nas gestantes portadoras de bacteriúria assintomática não tratada ou inadequadamente tratada, 2% apresentam pielonefrite contra 1% das gestantes não bacteriúria”.

Aproximadamente 40% das gestantes com pielonefrite grave, apresentaram sintomas de infecção urinária baixa e 25% apresentará mais de uma infecção durante a gestação. 80% dos casos ocorrem durante o período gestacional enquanto que 20% ocorrerão no período puerperal (Milanez, p.2005).

Colaborando Zugaib (2008, p. 66):

“(…) afirma que a maioria dos dados epidemiológicos referidos à gravidez mostra que a bacteriúria durante a gravidez apresenta incidência similar nas não-gestantes sexualmente ativas. A frequência varia entre 2 e 11% dos casos, sendo mais prevalente em múltiparas de baixo nível socioeconômico. É importante o rastreamento dessa condição, uma vez que entre 20 e 40% das portadoras não tratadas evoluirá para um quadro de pielonefrite aguda, o que significa que entre 60 a 70% dos casos de pielonefrite são precedidos de bacteriúria”.

1.2.3 Agentes etiológicos da ITU

Normalmente a urina é estéril, ou seja, totalmente livre de germes, logo a presença de bactérias na urina poderá levar a infecção urinária (Jacociunas & Picoli, 2014).

Segundo Ministério da Saúde do Brasil (2005, p. 62):

“Os microrganismos envolvidos na infecção do trato urinário são aqueles da flora perineal normal. Principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos, como a *Klebsiela*, *Enterobacter* e *Proteus* respondem pela maioria dos outros casos de infecção urinária, além do enterecoco e do estreptococo do grupo B”.

Contribui Duarte et al (2008, p. 62) afirmando que:

“ (...) a *Escherichia coli* é o uropatógeno com maior frequência e mais comum, responsável por, aproximadamente, 80% dos casos de infecção do trato urinário em gestantes. Outras bactérias aeróbias gram-negativas contribuem para a maioria dos casos restantes, tais como a *Klebsiella Pneumoniae*, *Proteus Mirabilis* e bactérias do gênero *Enterobacter*.”

Ainda Duarte et al, (2008, p. 62) acrescentam que “bactérias gram-positivas também causam infecção de trato urinário, destacando-se o *Staphylococcus Saprophyticus* e outros estafilococos gram-negativos, principalmente nos casos de infecções complicadas acompanhadas de litíase”.

1.2.4 Fisiopatologia da Infecção do trato urinário

Durante toda a gestação, devido o acometimento das transformações fisiológicas e anatômicas sofridas principalmente na região do sistema urinário, torna em consequência disso, as mulheres que se encontram no período gravídico, mais suscetíveis e predisponentes à bacteriúria sintomática (Milanez , 2005).

Para Milanez et al. (2005, p. 61):

“ (...) a diminuição da capacidade renal de concentrar a urina, diminui a atividade antimicrobiana da mesma fazendo com que se excrete quantidades menores de potássio e maiores de glicose e aminoácidos, além de produtos de degradação hormonal, isso fornece um ambiente muito propício para a proliferação de bactérias”.

Ainda segundo Milanez et al. (2005, p. 61):

“(…) durante o período gestacional também se observa que a urina da grávida apresenta-se com um pH mais alcalino, o que favorece o crescimento bacteriano presente no trato urinário. Estudos ainda demonstram que o aumento relativo de estrogênio durante o período gestacional contribui para a adesão de algumas cepas de *E. Coli*, que são portadoras de andesinas do tipo 1, que se ligam as células uro epiteliais. Isso demonstra que os fatores mecânicos juntamente com os fatores hormonais na gestação contribuem para o surgimento de infecções sintomáticas”.

Durante o período gestacional, o trato urinário passa por profundas modificações anatômicas e fisiológicas que facilitam a formação de bacteriúrias em

gestantes. No sistema coletor nota-se dilatação progressiva das pelves renais e ureteres. Que já pode ser detetada desde a sétima semana de gestação. Essa alteração resulta da compressão extrínseca pelo útero gravídico e pelo plexo vascular ovariano dilatado ao nível do infundíbulo pélvico, da hipertrofia da musculatura longitudinal no terço inferior do ureter e da diminuição da peristalse decorrente da ação da progesterona. Essas mudanças, junto com o aumento do débito urinário secundário ao incremento do fluxo plasmático renal, levam a estase urinária (Duarte, 2008).

Ainda, Duarte (2008, p. 61) assegura que:

“a estase é favorecida pela diminuição do tônus vesical com subsequente aumento da capacidade da bexiga e seu esvaziamento incompleto, facilita o refluxo vesico uretral e como consequência disso, a proliferação de bactérias. Em consequência desses fatores, as bactérias podem invadir o trato urinário da gestante por três vias: ascendente, hematogénica e linfática, considerando que a via ascendente seja a via com maior importância na patogénese das infeções do trato urinário”.

A disseminação da infecção urinária por via hematogénica não ocorre com frequência, mas sim em situações em que exista alteração na resistência do paciente, tais como, doenças infecciosas ou em situações que ocorra alterações funcionais e anatómicas do sistema renal e que favoreçam a persistência de bactérias. A infecção disseminada pela via linfática seria aquela em que o patógeno bacteriano é transportado por vasos linfáticos do reto ao cólon, para a bexiga e através dos linfáticos periuterinos para o trato geniturinário. O crescimento dessas bactérias na urina pode ser um indicativo de alguma comunicação entre o intestino e o trato urinário (Palhares et al., 2007).

As bactérias em sua grande maioria, têm acesso à bexiga através da uretra a qual se pode chamar de via ascendente de contaminação urinária por bactérias que colonizam as células vesicais e daí, mesmo que não exista o refluxo vesico-uretral, elas podem ascender pelo ureter, hipo dinamicamente na porção mais externa no fluxo urinário, que desce pelos ureteres, onde ocorre maior turbulência, atingindo os rins e determinando uma pielonefrite (Mrtinelli & Rocha, 2003).

A gestação ocasiona profundas modificações na anatomia do trato urinário e na função renal, que são mediadas por hormônios e, especialmente por fatores mecânicos que proporcionam a estase urinária. A produção de progesterona, em particular, ocasiona a perda do tônus vesical, e esse fato, associado à maior produção de urina resulta em estase urinária. Além disso, a própria composição da urina, que durante a

gestação se apresenta enriquecida em glicose e aminoácidos, também facilita o crescimento bacteriano. Sob essas condições, a colonização de bactérias ocorre mais facilmente, transformando-se em infecção e facilitando a ascensão para o trato urinário superior (Milanez, 2000).

O transporte de bactérias é facilitado pelas mesmas células que compõem o epitélio uretral. As células bacterianas como as cepas da *E. coli* que são as principais causadoras da pielonefrite não complicada. Elas possuem fímbrias que se aderem ao recetor D-Gal-4-D-Gal, o grupo sanguíneo P, sobre as células da mucosa uretral e dos ureteres facilitando assim o acometimento de bacteriúrias e conseqüentemente o transporte desta para os rins. Essa adesão torna-se importante, pois estimula as células da mucosa da uretra a liberarem citocinas, o que ocasiona em febre e um aumento da proteína na corrente sanguínea (Norrby, 2009).

Desta forma, os indivíduos que não possuem recetores para que ocorra a adesão bacteriana, ou seja, não possuem por algum modo o recetor do grupo sanguíneo P, demonstram uma menor suscetibilidade para se desenvolver a infecções bacterianas no trato urinário como a cistite e pielonefrite aguda, observando-se, que em casos de infecção urinária complicada, parecem ter uma menor importância (Norrby, 2009).

1.2.5 Tipo de infecção urinária

Para seu estudo a ITU é classificada sendo, baixa ou alta. A primeira refere ao acometimento da uretra e da bexiga, a segunda refere-se a infecção dos rins.

Infeção urinária baixa – cistite e uretrite

De acordo com Camano et al., (2003, p. 545) “a infecção urinária baixa é a afeção mais comum no segundo trimestre da gravidez. Seus sintomas são: disúria, urgência miccional, polaciúria, dor sobre púbica e menos frequência a hematúria”.

No entanto para Vasconcellos (2005, p. 66):

“(…) os sintomas como aumento da frequência urinária são comuns durante o período de gestação e podem não significar necessariamente um diagnóstico de infecção urinária. O diagnóstico de cistite é em parte, uma exclusão, pois algumas evidências indiretas de infecção são necessárias e devem ser confirmadas com o exame de urina”.

Milanez (2009, p. 68) “define a cistite como sendo a infecção do trato urinário na parte inferior, principalmente da bexiga, onde a principal forma de contaminação é a migração de bactérias das floras peri uretral e da floral fecal”.

Ainda Vasconcellos (2005, p. 66) afirma que:

“(...) cistite ou infecção urinária baixa do aparelho urinário, acomete cerca de 0,3 a 1,5% das gestantes durante o período gravídico, configurando-se por quadros sintomáticos localizados, que na maioria das vezes cursam sem manifestações sistêmicas como febre, cefaleia ou náuseas”.

As uretrites são processos infecciosos e inflamatórios da mucosa uretral que geralmente se manifestam por meio de secreção mucopurulenta ou purulenta, disúria e prurido. Esse corrimento deve ser observado à saída do meato uretral (Ministério da Saúde do Brasil, 2006).

Infeção urinária alta - Pielonefrite

A pielonefrite, é uma das complicações mais sérias durante a gestação e clinicamente a sintomatologia é evidente, sendo geralmente mais comum após a primeira metade da gestação. Em mais da metade dos casos, o acometimento é unilateral e do rim direito, frequentemente, o início do quadro se deve a infecção urinária baixa, devido a ascensão de bactérias, quando não diagnosticadas ou tratadas inadequadamente (Milanez, 2009).

A pielonefrite poderá ocorrer em 1 a 2% das gestantes. Clinicamente a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal, além da referência progressiva de sintomas de infecção urinária baixa. Há presença de náusea e vômitos, além de taquicardia, dispneia e hipotensão, podendo sugerir evolução para o quadro de sepse (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Ainda Vasconcellos, (2005, p. 67) realça que:

“(...) a gestante com o diagnóstico de pielonefrite possivelmente apresentará sintomas como, dor lombar com irradiação para a fossa ilíaca e para os órgãos genitais somando-se aos sintomas pré existentes nos quais se destacam polaciúria, desconforto supra púbica, urgência e ardência miccional. Para que se caracterize o quadro de pielonefrite essa sintomatologia clássica estará associada aos quadros de náusea, vômitos e calafrios”.

Milanez (2009, p. 68) contribui afirmando ainda que:

“ (...) alguns pacientes com pielonefrite poderão apresentar alterações pulmonares com um quadro de insuficiência respiratória aguda, isso por causa da reação inflamatória que é medida pelas endotoxinas, que podem desencadear uma lesão alveolar e edema intersticial pulmonar. Essa alteração pode ser decorrente do uso de alguns betamiméticos que são usados na presença do quadro séptico, que aparentemente pode multiplicar os riscos de aumento da permeabilidade pulmonar. Em alguns casos podendo ser tão grave que torna-se necessário a entubação e ventilação mecânica. Essas endotoxinas também podem causar hemólise e levam muitas gestantes a desenvolverem o quadro de anemia”.

A pielonefrite não tratada torna-se uma importante causa de morbidade materna. É a causa não obstétrica mais comum de hospitalização durante o período de gestação. Essa infecção foi implicada como forte causa de morte fetal e restrição de crescimento intrauterino, além da possibilidade de evolução para o quadro de septicemia (Brunner, 2011).

1.2.6 Sintomatologia da ITU

Na percepção de Gois et al., (2010, p. 62) “o quadro clínico da infecção urinária varia de bacteriúria assintomática, que acomete de 2 a 10% das gestantes até o quadro de pielonefrite 25 a 35% dos casos”.

De acordo com Brunner (2011, p. 63) cerca de 50% das gestantes com bacteriúria não manifestam os sintomas e a cistite apresenta-se:

- a sensação de queimação ao urinar;
- polaciúria (ato de urina mais frequente com espaçamento menor que 3 horas);
- nictúria (despertar do sono durante a noite para urinar);
- incontinência e dor em região suprapúbica ou pélvica;
- dor lombar, podendo ainda ocorrer hematúria (presença de sangue na urina).

Mazzer e Silva (2010) destacam que a ITU em gestantes é ainda mais preocupante quando assintomática, pois justamente por passar despercebida, esta condição pode levar ao parto prematuro do bebê e hospitalização da gestante.

Ainda Brunner (2011 p. 63) diz que:

“(…) há casos de pacientes com ITU mais complicada como a pielonefrite, que pode apresentar bacteriúria assintomática podendo evoluir para sepse (infecção generalizada), como consequência dos microrganismos gram-negativos, essas infecções geralmente são causadas por um espectro mais amplo de microrganismo, nesses casos os pacientes apresentam menor resposta ao tratamento, ocorrendo na maioria das vezes a recidiva da ITU”.

No caso de infecção urinária do trato superior, pielonefrite aguda ou crônica, a gestante pode apresentar: calafrios, febre, leucocitose, bacteriúria, piúria, dor lombar, dor no flanco, náuseas, vômitos, cefaleia, mal-estar e micção dolorosa (Brunner, 2011).

A suspeita de infecção urinária sintomática se dá pela micção frequente, ardência, dor lombar, náuseas, vômitos, sangue na urina e febre (Jacociunas & Picoli, 2014).

1.2.7 Fatores de riscos

Para Milanez (2005, p. 64):

“(…) os fatores desencadeantes associados à infecção urinária, têm-se aqueles relacionados com os fatores socioeconômicos. Mulheres com menor nível socioeconômico apresentam maior ocorrência de infecções sintomáticas, pois não possuem assistência médica de qualidade no período gestacional. Mulheres com traço siclêmico também apresentam maior frequência de bacteriúria, quando comparado a mulheres sem hemoglobina S. a presença da diabetes mellitus aumenta a incidência de infecções do trato urinário, sendo que geralmente os microrganismos relacionados são *Klebsiella* e *Proteus*”.

As portadoras de anormalidades do trato urinário e aquelas com antecedentes de infecções urinárias prévias são mais frequentemente acometidas por infecções do trato urinário durante a gestação (Milanez, 2005).

Ainda Duarte (2008, p. 64) afirma que “os dados anatómicos básicos, tais como a curta extensão da uretra feminina, proximidade com a região anal, as infecções genitais e hábito de higiene perineal inadequados tem participação da gênese das infecções do trato urinário e suas complicações.”

Segundo Soares e Guaré, (2003, p. 64):

“(…) a maior frequência de infecção do trato urinário na gestação, ocorre em decorrência das alterações funcionais e anatómicas dos rins e das vias urinárias durante o ciclo gravídico-puerperal. A gravidez está mais relacionada à persistência da bacteriúria e o subseqüente desenvolvimento de infecções sintomáticas”.

Durante a gravidez ocorrem duas alterações fisiológicas importantes, que predispõem a infecção ascendente do trato urinário. Primeiramente, a elevada

concentração de progesterona segregada pela placenta tem um efeito inibitório sobre a peristalse uretral. Em segundo lugar, o útero gravídico em crescimento frequente comprime os ureteres, principalmente o direito, na borda pélvica, criando assim uma estase adicional. A estase, por sua vez, facilita a migração de bactérias da bexiga para os ureteres e o parênquima renal (Duff, 1999).

Colaboram Soares e Guaré (2003, p. 64) assegurando que:

“(…) além da ação hormonal da progesterona no ciclo gravídico sobre o sistema urinário, os estrógenos exercem função como fatores que predispõe a gestante à infecção urinária. Essas hormonas diminuem a capacidade renal de concentrar a urina e reduzem sua atividade antibacteriana. A constatação da maior frequência de bacteriúria em mulheres que fazem uso de anticoncepcionais hormonais pode confirmar também a associação dos estrógenos a essa afeção”.

Stam (2008, p. 65) por sua vez manifesta que:

“(…) a uretra feminina demonstra ter uma maior propensão à colonização para bacilos gram-negativos, devido a sua proximidade com a região perianal, do seu pequeno comprimento e de sua terminação por debaixo dos grandes lábios. O ato sexual também é um fator considerável pela sua responsabilidade na introdução de bactérias no canal uretral e mostra uma relação temporal com o começo da cistite, sendo assim, demonstra ser importante na patogenia da infecção urinária em mulheres.”

O cateterismo vesical também é um fator comum nas causas de infecções nosocomiais e é uma das causas mais significativas de morbidade e sepse. Com maior frequência as bactérias ascendem da uretra a bexiga entre a mucosa e a superfície do cateter, ou ainda podem ascender dentro do sistema de drenagem. Muitos fatores têm sido identificados com associação ao cateter, principalmente no sexo feminino, duração do cateter, cuidados, sistema de drenagem e contaminação cruzada (Lenz, 2006).

1.2.8 Complicações da ITU durante a gestação

De acordo com Mazzer e Silva (2010, p. 67) “dentre as complicações perinatais das ITU, destacam-se o, parto pré-termo (TPP), recém-nascidos de baixo peso, rotura prematura de membranas amnióticas (RPMA), anemia, restrição de crescimento intra útero, paralisia cerebral, retardo mental e óbito perinatal.”

As complicações maternas da ITU são secundárias aos danos teciduais causados por endotoxinas bacterianas, ocorrendo principalmente nos casos de pielonefrite. A insuficiência respiratória decorre de um aumento na permeabilidade alvéolo-capilar resultando em edema pulmonar, podendo ser agravado com uso de

tocolíticos, comumente utilizados para inibição de parto pré-termo, hipertensão/pré-eclâmpsia, anemia, corioamnionite e endometrite. (Duarte et al., 2008).

Segundo Jacociunas e Picoli (20014, p. 67) “para prevenir as complicações, deve-se solicitar para todas as gestantes uroculturas de três em três meses a fim de descobrir infecções urinárias e trata-las precocemente, prevenindo as complicações desencadeadas pela ITU.”

1.2.9 Diagnóstico da ITU durante a gestação

De acordo com Duarte et al. (2008, p. 68) “existem vários métodos que podem ser utilizados para o diagnóstico de infecção urinária, com sensibilidades e especificidades variáveis.”

Ainda Duarte et al. afirma (2008, p. 68) que “para que a interpretação não seja prejudicada, torna-se imperativa e indispensável a utilização de técnicas e exames corretos para a obtenção de um resultado fidedigno”.

Soares e Guaré (2003, p. 69) declaram que “para o diagnóstico de infecção sintomática utiliza-se as queixas e o quadro clínico mais intensos e ricos. É realizado também com base nos mesmos exames subsidiários utilizados para o rastreamento e diagnóstico da bacteriúria assintomática.”

O quadro clínico, a sintomatologia devem ser levados em consideração e divididos em dois tipos fundamentais: os locais, relacionados ao trato urinário propriamente dito, e os sistêmicos. Os sintomas de infecção urinária estão presentes em quase todos os casos, caracterizando-se por disúria, ardor ao miccionar, polaciúria, urgência miccional e dor lombar ao punho percussão (sinal de Giordano presente). Entre os sintomas sistêmicos deve-se frisar, grau variável do estado geral, febre, sendo muitas vezes intercalados com episódios de hipotermia, calafrios, sudorese, náuseas, vômitos e taquicardia (Soares & Guaré, 2003).

1.3 Diagnósticos e intervenção de enfermagem (NANDA, NIC E NOC) para gestantes com infecção urinária

Para Ribeiro e Cardoso (2007, p. 42) “o diagnóstico de enfermagem é entendido como o enunciado que resulta do processo da recolha e valorização dos dados e que determina as intervenções que o enfermeiro realiza.”

Esta noção é veiculada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) que define diagnóstico de enfermagem como a designação atribuída à decisão sobre o fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem (Ribeiro & Cardoso, 2007).

Passa-se a apresentar os diagnósticos de enfermagem a gestante com ITU:

Tabela 9- Eliminação urinaria alterada

Definição: <ul style="list-style-type: none">• Estado no qual o individual experimenta um distúrbio na eliminação da urina
Características definidoras: <ul style="list-style-type: none">• Disúria• Frequência na eliminação aumentada ou diminuída• Nictúria• Incontinência
Fatores relacionados: <ul style="list-style-type: none">• Causas múltiplas: incluindo obstrução anatómica e infecção urinária
Plano de intervenções de enfermagem: <ul style="list-style-type: none">• Determinar se existem causas agudas para o problema.• Explicar os fatores causadores ou contribuintes, no caso da infecção.• Administrar a terapêutica prescrita.• Fazer a mensuração da urina.• Informar, educar e orientar a gestante sobre os factores de risco e meios de prevenção e necessidade de ingestão de líquidos.• Fazer punção venosa

Fonte: elaboração própria.

Tabela 10- Retenção urinária

<p>Definição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado no qual o indivíduo experimenta esvaziamento incompleto da bexiga.
<p>Características definidoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminação frequentes em pequenas quantidade ou ausência de debito urinário. • Disúria • Micção gota-a-gata • Sensação de bexiga cheia
<p>Fatores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pressão uretral elevada • Bloqueio de fluxo
<p>Plano de intervenções de enfermagem:</p> <p>Estimular a diurese espontânea, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir a privacidade durante a micção; • Abrir torneiras e chuveiros próximos; • Molhar os pés das gestantes acamadas, pois essas medidas ajudam a relaxar os esfíncteres uretrais; • Caterização vesical de alívio, em último caso. • Administrar a teraputica prescrita.

Fonte: elaboração própria.

Tabela 11- Dor

<p>Definição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado do qual o indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou uma sensação desconfortável.
<p>Características definidoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamento defensivo e protetor • Comportamento compatível com o desconforto (gemer, chorar, caminhar, inquietação) • Expressão facial de dor (olhar sem brilho, abatido, fixo ou com movimentos dispersos, caretas).
<p>Fatores relacionados:</p>

- Agentes de angustia (biológicas, químicos, físicos, psicológicas).

Plano de intervenções de enfermagem:

- Administrar analgésico se necessário.
- Avaliar a escala da dor.
- Proporcionar um ambiente confortável.

Fonte: elaboração própria.

1.3.1 Tratamento

Segundo Duarte et al., (2008, p. 72) “após o diagnóstico da infecção urinária, o tratamento requer urgência pela gravidade da doença e seu potencial de evolução para um diagnóstico mais grave, o que torna sem tempo para a confirmação do cultivo e antibiograma.”

Essas limitações tornam imprescindível a avaliação periódica do padrão de sensibilidade dos agentes etiológicos das infecções do trato urinário aos antimicrobianos cujo uso seja permitido durante o período de gestação, para cada instituição de saúde. Esta medida torna-se de extrema relevância frente ao crescente número de germes resistentes aos restritos antimicrobianos de uso seguro durante a gestação (Duarte et al., 2008).

A abordagem terapêutica exige que se faça uma distinção das várias características dessa patologia, para que se possa definir a melhor estratégia terapêutica. Sendo de suma importância a definição da origem da infecção, podendo ser miccional ou comunitária, a sua localização no trato urinário, ou seja, onde ela acomete, se é na sua parte baixa, de forma simultânea na parte alta e baixa ou se acomete somente a parte superior, sendo esta última a forma mais grave (Stam, 2008).

Em geral o tratamento da gestante com infecção urinária baixa é iniciado antes do resultado da cultura de urina, logo que a infecção é identificada, empregando o antibiótico com base nos agentes infetantes mais comuns, tentando evitar assim um rápido desenvolvimento de complicações. A terapêutica geralmente é domiciliar, orientando hiper hidratação, repouso e antibioticoterapia que segue os mesmos critérios, doses e recomendações existentes nos casos de bacteriúria assintomática (Soares & Guaré, 2003).

A bacteriúria assintomática que é definida como a condição que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml, deve ser tratada seguindo os seguintes critérios (Ministério da Saúde do Brasil, 2005):

- sulfametaxazol / trimetopim (800/160mg), 01 comprimido, via oral, duas vezes ao dia, por três dias;
- amoxicilina 500 mg, via oral (VO), três vezes ao dia, por três dias;
- ampicilina 2g/dia, via oral, por dez dias (01 drácea de 500mg de 6/6 horas);
- cefalostropina 2g/dia, via oral, por dez dias (01 drácea de 500mg de 6/6 horas);
- nitrofurantoína 300 mg/dia, via oral, por dez dias (01 comprimido de 100mg de 8/8 horas).

Na pielonefrite, um rápido e agressivo tratamento se faz importante na prevenção de possíveis complicações. Inicia-se com a hospitalização da gestante, devendo mantê-la hidratada, febril, utilizando, quando necessário a via anteral e parenteral simultaneamente, com especial atenção para detetar de forma precoce os sintomas de choque ou suas sequelas. O controlo do débito urinário se faz necessário, além da pressão artéria e da temperatura de forma continua. É preciso lembrar que o feto também deve ser avaliado o seu bem-estar e qualquer evidência de trabalho de parto prematuro (Soares & Guaré, 2003).

A conduta com gestantes portadoras de pielonefrite obedeça às etapas propostas, na ordem em que estão arroladas (Lima, 2008, p. 7)

- internação;
- hidratação (200 ml /h/EV);
- colher amostras de urina para EQU, urocultura, creatinina e hemograma;
- iniciar antibioticoterapia, sendo o de primeira escolha a cefalotina1-2g endovenoso a cada seis horas;
- se permanecer afebril por mais de 24 horas, substitui-se a via de administração pra via oral.

- Persistindo afebril, receberá alta após 24 horas, para complementação do tratamento ambulatorial;
- permanecendo sintomática por 48 horas, pode-se pensar em trocar o antibiótico para cefoxitina 1,0g EV a cada 6 horas, valendo-se de que sempre que possível do antibiograma, ou associar outro fármaco como tobramicina ou gentamicina 1,5 mg/kg dose, 3 vezes ao dia, IM ou EV lento;
- caso ainda persistam os sintomas, suspeitar da formação de microabscessos do parênquima renal ou
 - calculo renal. Nestes casos fazer investigação através da ecografia, raio x simples de abdome agudo, se necessário, nos casos duvidosos;
 - após o tratamento fazer uroculturas mensais, e se houver outro episódio de infecção de trato urinário, realizar a profilaxia com nitrofurantoína 100mg 1 vez ao dia até 36 semanas de gestação. A paciente deve ter o aparelho urinário investigado após a gestação.

Os objetivos do tratamento da infecção do trato urinário são os de eliminar as bactérias do trato e esterilizar a urina, aliviando os sintomas decorrentes do processo infeccioso, identificar e corrigir algum fator predisponente, principalmente em casos de recidiva, para prevenir as complicações, a evolução da cistite para a pielonefrite e dessa para sepse, abscesso ou até desencadeamento do trabalho de parto prematuro (Lima, 2008)

1.3.2 Assistência/cuidar de enfermagem

A assistência de enfermagem compreende num, conjunto de ações ou estratégias que tem por finalidade melhorar o quadro clínico do utente evitando posteriores sequelas. O enfermeiro por ser o profissional que está mais de encontro com o utente tem um papel importante na sua melhoria (Santos, 2011).

O cuidar é entendido e reconhecido atualmente como uma essência ou como o principal objetivo da enfermagem. Existe um esforço sem precedentes de definir, delimitar, clarificar e caraterizar o cuidar em enfermagem (Boff, 1999).

De acordo com Souza e Prado (2005, p. 267):

“ (...) o cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. É ainda, ajudar outra pessoa a obter auto conhecimento, controle e auto cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurado, independentemente de circunstâncias externas”.

Cuidar é uma filosofia do comportamento moral com objetivo de proteger e preservar a dignidade humana (Silva, 2005).

1.3.3 Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária

A assistência de Enfermagem neste momento está voltada para sistematização do cuidado, com a preocupação de atender as necessidades humanas básicas do indivíduo, visando uma assistência de qualidade (Boff, 2009)

Segundo Cavalho (2006, p. 16) “a enfermeira atua como um fulcro de um processo no qual emerge a prática total da enfermagem entendida como a ciência e a arte de ajudar os indivíduos, grupos e a comunidade, em situações nas quais não estejam capacitados a prever o auto cuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde”.

Santos (2011, p. 267) afirma que “o papel do enfermeiro visa cuidar do binómio mãe-filho no período de gravidez, proporcionando uma gravidez mais saudável possível e seguro e preparar a mulher para o parto.”

Souza *et al*, (2012, p. 53) colaboram acrescentando que o:

“ (...) enfermeiro exerce suas funções em todos os níveis da assistência, desempenhando um papel de grande importância para a realização no acompanhamento das grávidas e no desenvolvimento das ações direcionadas a promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante a gravidez”.

Rios e Vieira (2007, p. 18) ajustam afirmando que a “gravidez deve ser considerado como um momento de intenso aprendizado, portanto é uma ótima oportunidade para os enfermeiros desenvolverem as suas ações de educação para com as gestantes com infecção urinária”.

Sabendo que a realização de ações educativas durante a gravidez é de fundamental importância para que a gestante seja bem orientada, a fim de viver uma

gravidez de forma passiva e diminuir o risco de complicações da gestação e puerpério (Rios & Vieira, 2007).

O profissional enfermeiro deve ser um instrumento para que a gestante adquira autonomia no agir. O atendimento adequado tendo em vista o autocuidado é uma das práticas mais visadas para as gestantes, primeiramente pelo seu potencial de medicamento e em segundo porque a gestação é essencialmente focada na saúde (Nettina, 1998).

Durante o internamento é importante determinar os antecedentes de ITU na infância, em outras gestações, ou até mesmo infecções recorrentes na gestante. No histórico de enfermagem também deve ser perguntado sobre a presença de sintomas característicos da infecção do trato urinário como: prurido, secreção vaginal, irritação, febre e disúria (Nettina, 1998).

As principais orientações que o profissional enfermeiro deve realizar a gestante com infecção urinária são: manter uma ingestão hídrica de no mínimo 2 litros por dia, isso aumenta a quantidade de urina e impede que as bactérias se fixem na parede da bexiga causando infecção; urinar frequentemente (no mínimo a cada 2 horas), pois isso ajuda na limpeza da bexiga e uretra dificultando a infecção; urinar antes de dormir e após as relações sexuais para a diminuição da entrada de bactérias na bexiga (Lowdermilk e Boback 2002).

Também Freitas et al. (2006, p. 19) colaboram afirmando que:

“(...) devem ser evitados irritantes urinários como chá, bebidas alcoólicas, café e refrigerantes do tipo cola; evitar banhos de espuma ou aditivos químicos na água para que não haja variação do pH vaginal; realizar higiene íntima e de períneo 2 vezes ao dia. Essa higiene compreende dois momentos: primeiro deve lavar a genitália no chuveiro evitando o uso de banheiras, pois a água da banheira e a posição em que a gestante fica dentro dela facilitam a entrada de bactérias na uretra; e segundo deve lavar o períneo e o meato uretral de frente para trás para que haja a diminuição de contaminação fecal para a uretra; forçar a saída de toda a urina da bexiga evitando a estase urinária; urinar sentado e após urinar limpar a genitália de frente para trás evitando a contaminação por bactérias vindas do trato intestinal”.

Ainda realça Albuquerque e Cubas (2005, p. 19) que:

“(...) outros cuidados devem ser salientados como: evitar o uso de roupas justas e calcinhas de material sintético, pois os mesmos alteram a transpiração da genitália e tornam a vulva mais aquecida e húmida favorecendo assim o desenvolvimento de bactérias; evitar o uso de qualquer tipo de creme, desodorante ou perfume que possa causar alergia e irritação

formando feridas, pois as reações alérgicas favorecem a contaminação por bactérias”.

Deste modo é fundamental esclarecer e enfatizar quais os principais cuidados e orientações que o enfermeiro deve realizar as gestantes durante a gravidez para a prevenção da ITU, já que os mesmos focam mais o tratamento, deixando na maior parte das vezes a prevenção de lado. Como consequência deste atendimento muitas das gestantes passam a gravidez sem ter as devidas informações de cuidados e orientações sobre a ITU, levando a um aumento do número de gestantes que ficam expostas a contrair essa infecção (Berbel et al., 2011).

Portanto o profissional enfermeiro deve estar atento a todas as formas de prevenção que as gestantes necessitam saber durante as consultas de pré natal. Isso fará com que o índice de doenças no período gestacional diminua, acarretando em um maior benefício e qualidade de vida para a gestante e o feto (Berbel et al., 2011).

Para tanto o enfermeiro deve estar envolvido no seu papel de educador e orientador trabalhando as questões de vida e saúde trazidas pela gestante, utilizando métodos de educação que facilitem a troca de informação e a conscientização (Berbel et al., 2011).

As orientações para alta consistem em ajudar as gestantes a aprender os métodos e prevenir a ITU inicial ou a recidiva das infecções. Deve-se ensina-las os métodos apropriados de tratar as infecções, tais como os procedimentos corretos para tomada das ingestões de líquidos e medir seu próprio débito urinário (Black & Jacobs, s/d).

Em suma pode-se dizer que a gravidez é um estado que necessita da atenção e intervenção do enfermeiro, para que esta possa ocorrer da forma mais saudável possível. Aquando do internamento de uma grávida com o diagnóstico de ITU, o enfermeiro deve fazer uma atenção holística a gestante e durante o internamento deve fazer o ensinamento à gestante de como essa pode reconhecer os sinais de uma ITU, os cuidados que devem ser tomados, essa educação centra-se principalmente na higienização correta da genitália e no incentivo de maior ingestão de líquidos. Durante o momento da alta deve-se reforçar os ensinamentos e esclarecer as dúvidas que a gestante possa ter. O enfermeiro deve sempre objetivar, com os ensinamentos, uma melhor preparação da gestante, no sentido de prevenir reinternações pela mesma patologia (Black & Jacobs, s/d).

CAPITULO II- FASE METODOLÓGICA

Este capítulo pretende apresentar a metodologia da investigação em estudo, tem como objetivo apresentar as questões metodológicas, fazer a descrição de todo o processo metodológico que foi usado no decorrer do trabalho. Isto permite também a realização de um estudo prático com o qual se pretende dar resposta à pergunta em investigação e alcançar os objetivos proposto.

A metodologia é um processo mental aplicado a investigação, é o raciocínio aceito no processo da pesquisa, dotando-a de bases lógicas (Prodanov & Freitas, 2013).

É necessário explicar alguns conceitos que revelam importante na compreensão deste capítulo nomeadamente: tipo de estudo, a técnica e o instrumento de recolha de dados, local de estudo, população alvo, e aspetos éticas de investigação.

2.1 Tipo de estudo

Tendo em conta as características da investigação e para melhor compreensão sobre a assistência de enfermagem as grávidas com ITU considerou-se pertinente empregar uma metodologia qualitativa, descritiva exploratória de abordagem fenomenológica.

Os objetivos desta investigação é compreender os factos de um fenómeno não explorado nesta comunidade, neste caso, é compreender o fenómeno da assistência de enfermagem prestada as gestantes com ITU no SM do HBS, justificando a escolha de um método de carácter qualitativo. A realidade a ser estudada é mutável, visto que se muda com a realidade do individuo e com o tempo, ou seja, a assistência que se dá hoje às grávidas com ITU no SM do HBS, pode não ser o mesmo para daqui a dez anos, visto que a saúde é um tema em constante estudo, uma realidade não permanece imutável.

Trata-se de um estudo descritivo uma vez que, pretende-se identificar, compreender e descrever um fenómeno que afeta a população (gestante) de maneira a esclarecer o tema em estudo. Almejou-se explorar o tema da ITU nas gestantes que ainda não tinham recebido a atenção merecida pelos profissionais de saúde, nesta realidade e, descrever como são assistidas as gestantes no SM do HBS e compreender a importância atribuída a essa assistência pelos profissionais de enfermagem da enfermaria do SM do HBS.

O estudo é do tipo exploratório, visto que, este tema é pouco explorada na nossa sociedade, por isso pretende-se dar mais conhecimento à nossa população sobre o mesmo para além de constituir um meio de maior aquisição conhecimento para nós

Para além disso, trata-se de uma abordagem fenomenológica, porque utilizou-se a análise de informações subjetivas resultantes das vivências das enfermeiras do SM e visa compreender a significação que estas atribuem a assistência do enfermeiro as grávidas com infeção urinária, isto é, como é que os enfermeiros compreendem, interpretam, analisam e diagnosticam as grávidas com ITU no SM.

A fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem como objetivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas. Nesta fase alarga-se a compreensão dos fenómenos, onde o investigador observa, descreve e interpreta o meio e os fenómenos tais como se apresentam no seu campo de estudo para a pesquisa, pretende-se a compreensão da relação existente entre os conhecimentos dos participantes, com os conceitos já estabelecidos para dar mais significado a aquisição de conhecimento (Fortim, 2009).

2.2 Instrumentos de recolha de informações

O processo de recolha de informacoes abrange a colheita de dados pretendida junto dos participantes de forma sistemática, com ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

Tendo em conta o tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados selecionado foi a entrevista semi-estruturada porque constitui uma melhor ferramenta para o tema em estudo.

A entrevista semi-estruturada consiste em observar e descrever de forma sistemática, comportamentos e acontecimentos que dizem respeito ao problema de investigação, pois, acredita-se ser o mais relevante para atingir os objetivos traçados. A entrevista sendo um instrumento de recolha de informacoes, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação (Giroux & Temblay, 2002).

As informações foram recolhidas pelas investigadoras, durante o mês de agosto, com auxílio de um guião de entrevista (apêndice nº 4) no SM do HBS tendo duração compreendia entre 15 a 20 minutos. Respeitou-se a privacidade dos mesmos e o

ambiente foi o mais adequado a essa entrevista por forma a assegurar a fiabilidade do estudo.

2.3 Descrição do campo empírico

O estudo foi realizado na Maternidade do HBS que compreende a enfermaria, a neonatologia e a sala de partos.

A sala de partos é constituída por 2 salas de pré-parto com 3 camas em cada sala. 2 salas de parto, uma das quais equipada com uma marquesa multifuncional, mesa de reanimação com foco de luz, balança e calor radiante, armários com matérias de procedimento e injetáveis, 2 kits: uma de eclampsia e outra de hemorragia, a outra encontra-se equipada apenas com a marquesa e mesa de reanimação, e um armário com consumíveis. 1 sala de trabalho, 1 gabinete médico para atendimento de urgência e observação com 1 cama e uma marquesa para observação, 1 sala de ecografia, 1 sala de CTG e 1 sala de *stock*, 1 sala de armazenamento e 3 casas de banho.

A enfermaria tem 42 camas distribuídas em 6 salas, sendo 2 salas de puerpério com 20 camas em alojamento conjunto, 1 sala de ginecologia com 10 camas, 1 para gestação de alto risco com 8 camas onde são internadas as grávidas com toxemia gravídica e outras patologias. 1 sala com 2 camas para infetados, 1 sala com 2 camas para cuidados intermédios, 1 sala de trabalho onde se prepara a terapêutica com armários de medicamentos, 2 carrinhos 1 usado para a medicação e outra para higiene e armários com materiais para procedimentos vários, 1 lavatório. 1 sala de *stock*, 2 casas banho, sendo 1 para pacientes e outra para os funcionários, 1 copa, 1 gabinete do diretor do serviço, 1 quarto médico, 1 quarto de enfermagem, 1 quarto de ajudante de serviços gerais e 2 biombos.

O serviço de registos civil, encontra-se agora na maternidade, antes funcionava na escola de enfermagem.

Serviço de Neonatologia

Os recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais e intermédios são internados no serviço da neonatologia. Onde existe 4 compartimentos, 3 desses com 3 incubadoras funcionais com lâmpadas de fototerapia e 1 compartimento de trabalho

equipado com mesas de trabalho, 1 armário de medicamentos e 1 armário com materiais de procedimentos.

Os recém-nascidos que não precisam de cuidados especiais ficam com a mãe no alojamento conjunto.

Total de profissionais do serviço

Trabalham na maternidade do HBS: 9 Obstetras, 2 neonatologistas, 17 enfermeiros sendo 5 na sala de partos, 5 na neonatologia e 7 na enfermaria, 2 auxiliar de enfermagem, 9 ajudantes de serviços gerais, 1 cozeira e 1 auxiliar administrativo.

Cada turno funciona das 8h as 15h, das 15h as 21h, e das 21h as 8h. Por turno encontra-se em média na enfermaria 2 enfermeiros, neonatologia com 1 enfermeiro, sala de parto com 1 enfermeiro e um 1 médico de serviço durante 24h. A média de partos diários é de 5 a 6 partos diários, e cesariana é aproximadamente dois.

2.4 População e amostra do estudo

A população é aquela que o investigador quer estudar, para a qual deseja fazer generalização, ou seja, é um grupo de pessoas que têm características comuns ou permite delinear com precisão o tema em estudo e assim obter dados junto de pessoas ou grupo homogêneo.

A população para o estudo são todas as enfermeiras que trabalham no SM do HBS. Para seleção da amostra foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão e exclusão.

Considerou-se os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhar na enfermaria da maternidade do HBS;
- Ter vontade expressa de participar no estudo;
- Ter mais de 5 anos de experiência nesse setor.

Critério de exclusão:

- Ter menos de 5 anos de experiência no SM;
- Não aceitar participar do estudo;
- Sala de parto e serviço de neotologia.

A facção da população a ser estudada que constitui a amostra do estudo, foram 5 enfermeiras da enfermaria da maternidade do HBS. Foram caracterizadas nas seguintes variáveis: genero, idade, habilitações literária, tempo de serviço, tempo de exercício de enfermagem na maternidade. Quanto ao genero todas as entrevistadas são do genero feminino, 4 têm o grau de licenciatura e 1 o grau de bacharelato, encontram-se numa faixa etária dos 35 aos 64 anos de idade, com um tempo de serviço que varia dos 5 aos 32 anos de serviço e tempo de exercício na maternidade que varia de 5 a 23 anos.

Tabela 12: Apresentação e característica da amostra em estudo

Nome	Sexo	Idade	Habilitações literárias	Tempo de serviço	Tempo de exercício de na maternidade	Local de trabalho
Enfermeira A	F	50 anos	Licenciatura	7 anos	7 anos	Enfermarias da Maternidade
Enfermeira B	F	64 anos	Licenciatura	34 anos	23 anos	Enfermarias da Maternidade
Enfermeira C	F	39 anos	Licenciatura	5 anos	5 anos	Enfermarias da Maternidade
Enfermeira D	F	35 anos	Licenciatura	6 anos	5 anos	Enfermarias da Maternidade
Enfermeira E	F	40 anos	Bacharel	15 anos	11 anos	Enfermarias da Maternidade

Fonte: elaboração própria

2.5 Aspetos éticos

Para qualquer investigação os aspetos éticos são realizados de modo a garantir a privacidade e anonimato dos participante e garantir a autenticidade das informações obtidas, uma vez que o estudo visa obter informações fiéis, sem comprometer e nem prejudicar os participantes do estudo.

A ética é um conjunto de permissões e interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. A ética é um conjunto de princípios morais que o individuo rege a sua conduta pessoal ou profissional.

Para melhor entender a situação estatística da ITU nas gestantes do HBS, e para que fosse possível a recolha desse, foi entregue a comissão de ética do Hospital um requerimento (apêndice nº 1) disponibilizado pela Universidade do Mindelo, assinada

pela coordenação do curso comprovando a necessidade do estudo, pelas estudantes da universidade, para a solicitação dos dados.

Para que a colheita de dados fosse possível, e para garantir os direitos supracitados dos participantes foi-lhes fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice nº 2), que é a aceitação da pessoa alvo de estudo, encontra-se baseado no triângulo formado pela informação, competência e voluntariedade.

A informação como uma das faces, baseia-se no direito do sujeito em receber as informações pertinentes e necessárias e no dever do investigador em disponibiliza-las. A competência é a face da compreensão do indivíduo sobre as implicações de participar de um estudo de caráter científico, e a voluntariedade é necessária pois a participação do indivíduo no estudo deve ser livre de qualquer influência.

O objetivo do TCLE era de convidar a amostra a participa do estudo. Neste documento foram informados do propósito do trabalho, da liberdade de quererem ou não participarem do estudo, e que seria resguardado a suas identidades, não fornecendo qualquer informação que permitisse identificar os participantes do estudo, neste documento também, explicou-se o compromisso das investigadoras com a veracidade das informações colhidas, e que as entrevistas seriam gravadas recorrendo a gravação áudio e seriam fielmente transcritas.

O documento ainda informa que os dados colhidos com a entrevista só teriam utilidades para a pesquisa, que seriam tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade de cada participante.

O guião de entrevista foi entregue a cada uma das participantes com dias de antecedência da realização da entrevista, de forma que pudessem analisa-lo e decidir se quisessem mesmo participar ou não da entrevista. A entrevista foi gravada em português na presença das investigadoras e transcrita no estudo também em português.

CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA

3.1 Apresentação e análise dos dados

Após a recolha de dados relativamente ao estudo feito no campo empírico torna-se necessário ordená-los e analisá-los de forma a encontrar os resultados. Ou melhor, nesta fase cabe ao investigador empenhar-se em demonstrar e explicar os resultados obtidos, apoiando nas gravações dos entrevistados. Assim sendo cada interpretação dos resultados tenta realçar as respostas dadas pelos entrevistados. Portanto este capítulo expõe os resultados obtidos a cada uma das entrevistas interlaçando as ideias com coerência para alcançar os resultados esperados.

Para cumprimento dos objetivos estipulados foi concebido o guião de entrevista a ser realizado junto das enfermeiras da enfermaria da maternidade do HBS. Com o intuito de garantir o anonimato do entrevistado, recorreu-se a utilização de códigos, foram usadas as letras do alfabeto: enfermeira A, enfermeira B, enfermeira C, enfermeira D, enfermeira E.

O guião de entrevista compreendia oito questões e para facilitar a compreensão e análise dos dados colhidos, entendeu-se que seria necessário organizá-los em categorias e subcategorias. A primeira categoria relata a perceção do enfermeiro sobre o conceito da ITU, que por sua vez se divide em uma subcategoria; a segunda questiona sobre a intervenção de enfermagem para diminuir a prevalência da ITU na gravidez que se subdivide em três subcategorias; a terceira categoria retrata sobre a importância de assistência de enfermagem as grávidas com ITU; a quarta categoria representa sobre os fatores que limitam a assistência de enfermagem as gestantes com ITU.

Tabela 13: categorias e subcategorias das entrevistas

Categorias	Subcategorias
Perceção do enfermeiro sobre o conceito da ITU	Fatores de risco da ITU
Intervenção de enfermagem para diminuir a prevalência da ITU na gravidez	Intervenção de enfermagem durante o internamento as gestantes com ITU Diminuição de prevalência da ITU nas gestantes Melhorar a atendimento as grávidas com ITU
Importância de assistência de enfermagem as grávidas com ITU	
Fatores que limitam a assistência de enfermagem as gestantes com ITU no SM	

Fonte: elaboração própria

3.2 Análise e interpretação das categorias

Categoria I- Percepção do enfermeiro sobre o conceito da ITU:

Nesta categoria pretendemos conhecer qual a percepção do enfermeiro sobre o conceito relacionado com a temática, é importante pois o enfermeiro ao fazer a conceitualização mostra ter algum conhecimento relacionado a patologia o que pode implicar uma melhor administração de cuidados.

A primeira questão que se colocou foi para que as enfermeiras na sua opinião definissem a ITU. O objetivo dessa questão foi para que as investigadoras conhecessem a definição que as enfermeiras da enfermagem da maternidade do HBS atribuem a ITU.

As respostas obtidas para essa questão, mostraram que as participantes têm uma noção bem clara do conceito e foram unânimes ao responderem que a ITU na gravidez é o acometimento dos órgãos do sistema urinário que acontece durante esta fase e é causado por bactérias. O que vai de encontro com a revisão de literatura feita.

As respostas das participantes foram:

“Infeções das vias urinárias é provocada por bacterias que ocorre durante a gravidez as vezes no início, no 2º, e no 3º trimestre da gestação”. Enfermeira A e C

“Infeção urinaria é uma infeção do trato urinário provocado por bactéria ou bacteriúria assintomática. Cistite, pielonefrite ou outras”. Enfermeira B

“Infeção urinaria e uma infeção provocada por bactéria durante a gravidez no primeiro e terceiro trimestre e pode ser uma infeção alta ou baixa.” Enfermeira D e E

Desta análise verifica-se que as enfermeiras estão dotadas de conhecimento acerca do conceito, apontando que a ITU é a invasão do trato urinário por microrganismo que desencadeiam uma resposta inflamatória, o que revela de uma grande pertinência para o estudo uma vez que mostra que as enfermeiras estão cientes daquilo que é a patologia e como lidar com a mesma.

Subcategoria I- Fatores de risco da ITU:

Nesta subcategoria propôs-se as enfermeiras que baseado nas suas práticas profissionais, que identificassem os fatores que possam apresentar riscos para o desenvolvimento de ITU nas grávidas. Pretendia-se saber se as enfermeiras estão capazes de identificar os fatores de risco relacionados com ITU.

Através dos resultados percebeu-se que as enfermeiras têm bem presente os fatores de risco relacionadas com ITU. Pois relatam que os fatores de risco mais frequentes da ITU no serviço da maternidade são: deficiência de ingestão de líquidos e falta de higiene genital. O que vai de encontro com a revisão de literatura passa-se a expor as respostas apresentadas:

“Vulnerabilidade, anemia, pouca ingestão de líquidos, sexo desprotegido, higiene precária.” Enfermeira A

“Pouca ingestão de líquidos, higiene precária, tendência a ter infecção urinária.” Enfermeira B

“Menor ingestão de líquido, falta de higiene genital.” Enfermeira C

“Falta de higiene pessoal – pouca ingestão de líquidos.” Enfermeira D

“Deficiência de ingestão de líquidos e falta de higiene genital.” Enfermeira E

De acordo com as respostas obtidas é importante referir que as participantes frisaram as suas percepções em relação a questão, o que mostra mais uma vez a importância do conhecimento dos fatores que podem apresentar riscos para ITU às gestantes, podendo assim cuidar no sentido de prevenção. Da análise feita pode-se afirmar que as enfermeiras na enfermaria da maternidade do HBS têm a noção dos fatores que apresentam risco para a ITU na gestação.

Categoria II- Intervenção de enfermagem para diminuir a prevalência da ITU na gravidez

A intervenção de enfermagem no cuidado às grávidas com ITU é de suma importância, pois esta necessita de uma maior atenção, no sentido de diminuir os riscos que a ITU apresenta, bem como de diminuir a probabilidade de reincidência.

A questão que se colocou nessa categoria tinha como objetivo identificar as intervenções de enfermagem durante o internamento às grávidas com ITU, com o intuito de saber se as enfermeiras entrevistadas conseguem identificar os cuidados necessários as gestantes com ITU.

As respostas que se obtiveram encontram-se a seguir transcritas:

“Orientar sobre alimentação ingestão de líquidos, higiene debruçar algumas anomalias sangramento, repousa sempre do decúbito lado esquerdo, administrar a medicação prescrita, mudança de vestuário todos os dias mais higiene pessoal S.O.S”.

Enfermeira A

“Medidas de higiene que deve ter consigo próprio e com o companheiro ou seja, ensino a gestante, ver os metrocistos, ver o débito urinário e forcarem a ingestão de líquidos. Ensino e esclarecimento o gestante e algum sinal de alerta”. Enfermeira B

“Aconselhamento, administrar a medicação”. Enfermeira C

“Cumprimento da terapêutica prescrita avaliação dos sinais vitais apoia na higiene e alimentação das gestantes”. Enfermeira D

“Orientação, ensinamento”. Enfermeira E

O que se pode afirmar por análise dessa questão é que os cuidados oferecidos as gestantes com ITU, na enfermaria de maternidade do HBS passam essencialmente pelo cumprimento da prescrição de medicamentos, o ensinamento sobre as melhores normas de higiene e maior ingestão de líquidos. Nesta questão pode-se afirmar que de uma maneira geral as enfermeiras entendem as necessidades das gestantes com ITU durante o internamento, de acordo com as respostas obtidas, pode-se analisar que no SM priorisa-se como cuidados o aconselhamento à gestante e a administração de terapêutica.

Subcategoria I- Intervenção de enfermagem durante o internamento às gestantes com ITU

Nesta subcategoria perguntou-se quais as intervenções de enfermagem efetuadas durante o internamento das gestantes com ITU no serviço de maternidade do HBS.

O propósito desta questão era de identificar os cuidados que as enfermeiras entrevistadas disponibilizam as gestantes com ITU, sabendo assim identificar os cuidados atribuídos as gestantes com essa patologia na enfermaria da maternidade.

As respostas obtidas foram:

“Orientar a gestante como fazer repouso, equilibrada, higiene e reforçar a ingestão de líquido. Administrar a medicação prescrita, avaliar os sinais vitais, manter a gestante fazendo CTG 2x ao dia se termo, mantê-la no seu leito para evitar infecção cruzada: quando ficam deambulando ou sentando numa e noutra cama do quarte ou mesmo ao lado, registo de enfermagem”. Enfermeira A

“Medidas de higiene que deve ter consigo próprio e com o companheiro ou seja, ensino a gestante, parâmetros vitais, tax, fcf, ver os metrocistos ver o débito urinário e forcarem a ingestão de líquidos”. Enfermeira B

“Efetuar medição da urina, incentivar ingestão de líquidos”. Enfermeira C

“Ensino e sensibilização sobre higiene estimulação na ingestão de líquidos”. Enfermeira D

“Incentivar na maior ingestão de líquidos e higiene reforçado”. Enfermeira E

Pela análise das respostas obtidas pode-se afirmar que os cuidados oferecidos às grávidas com ITU na enfermaria da maternidade passam principalmente pelo cumprimento dos procedimentos rotineiros de enfermagem como a avaliação dos sinais vitais, na ausência de um protocolo previamente estabelecido, e pela educação das gestantes no que tange a higiene e ingestão de líquidos.

Subcategoria II- Intervenção de enfermagem para diminuir/evitar as complicações maternas fetais nas gestantes com ITU

Com a questão colocada objetivou-se que as enfermeiras identificassem as intervenções de enfermagem que devem ser levadas a cabo para diminuir ou evitar as complicações maternas e fetais causadas pela ITU na enfermaria da maternidade do HBS. O objetivo era de saber quais as ações levadas a cabo pelas enfermeiras, para diminuir os riscos que a ITU apresenta para as gestantes.

Foram conseguidas as seguintes respostas:

“Orientar sobre alimentação ingestão de líquidos, higiene debruçar algumas anomalias sangramento, repousa sempre do decúbito lado esquerdo, administrar a medicação prescrita, mudança de vestuário todos os dias mais higiene pessoal S.O.S”. Enfermeira A

“Medidas de higiene que deve ter consigo próprio e com o companheiro ou seja, ensino a gestante, ver os metrocistos ver o débito urinário e forcarem a ingestão de líquidos. Ensino e esclarecimento o gestante e algum sinal de alerta”. Enfermeira B

“Aconselhamento, administrar a medicação”. Enfermeira C

“Cumprimento da terapêutica prescrita avaliação dos sinais vitais apoia na higiene e alimentação das gestantes”. Enfermeira D

“Orientação, ensinamento”. Enfermeira E

As respostas conseguidas com essa questão vão de encontro a aquelas que foram dadas na subcategoria I, ou seja, as enfermeiras afirmam que para diminuir os riscos pelo qual a gestante fica exposta com a ITU devem ser seguidas as intervenções de enfermagem. Logo a necessidade das intervenções de enfermagem para com a utente é importante para diminuir a prevalência da ITU na gravidez melhorando o seu estado.

Subcategoria III - Melhorar a atendimento as grávidas com ITU

A questão colocada nesta subcategoria intuía que as enfermeiras identificassem na sua ótica se é ou não pertinente melhorar o atendimento às gestantes com ITU, com base na sua prática profissional. O objetivo dessa pergunta era saber se para além dos cuidados que foram identificados pelas enfermeiras que são oferecidos na enfermaria às gestantes com ITU, se pensam que esses cuidados poderiam ser melhorados.

As respostas conseguidas foram as seguintes:

“Sim, a enfermaria da maternidade esta ficando cada dia com poucas condições para melhorar o atendimento as gestantes com infeção no trato urinário: enfermeiros insuficientes, espaço insuficiente, muitas gestantes com varias tipos de infeções na mesma enfermaria, falta de muitos recursos, instalações sanitários inadequadas, limpezas deficientes da instituição”. Enfermeira A

“Acho que sim, é muito importante a atenção de enfermagem as grávidas com infeção urinaria para prevenir possíveis complicações a grávida e ao feto”. Enfermeira B

“Sim”. Enfermeira C

“Sim, ensino sobre higiene estimulação de ingestão de líquidos e no caso de uma infecção urinária seguir a prescrição médica para evitar infecção de repetição”.

Enfermeira D

“Sim, mais informações, reunião como tipo de pequenas palestras”. Enfermeira E

Da avaliação das respostas dadas, apercebe-se que é unânime a necessidade de melhorar os cuidados oferecidos às gestantes com ITU, as principais dificuldades apontadas foram a nível dos recursos humanos e materiais para executar as tarefas, relativamente à interação com a utente não apontam nenhuma dificuldade.

As dificuldades e limitações em qualquer tipo de trabalho acabam por condicionar o desenvolvimento do mesmo uma vez que dificulta a sua qualidade. No processo de doença é importante saber quais as limitações presentes no serviço de modo a minimizá-las ou eliminá-las para garantir uma melhor satisfação do utente e maior qualidade de vida.

Categoria III- Importância de assistência de enfermagem às grávidas com ITU

Nesta penúltima categoria perguntou-se às enfermeiras qual a importância que elas atribuem à assistência de enfermagem às grávidas com ITU. O objetivo era de conhecer as perceções das participantes acerca da importância da assistência de enfermagem às grávidas com ITU.

Desta feita apresenta-se as respostas das participantes

“Assistência de enfermagem é importantíssimo, sem os enfermeiros os hospitais não funcionavam a melhoria dos utentes depende quase 90% da assistência de enfermagem. São os enfermeiros que cuidam dos utentes 24 horas por dia, pois os enfermeiros têm de estar aptos e capazes de responder todas as demandas das gestantes”. Enfermeira A

“A importância da assistência e atendimento às grávidas com infecção do trato urinário na maternidade é diminuir a prevalência da infecção urinária na gravidez e contribuir para que seja efetuado a termo e sem risco de infecção para a mãe e para o feto”. Enfermeira B

“Assistência de enfermagem evita infecções de repetição na gravidez”. Enfermeira C

“É importante para poder evitar infecção de repetição”. Enfermeira D

“A enfermagem é importante porque é ela que fica mais perto do paciente, disponível para esclarecimento, ensino, orientações e previne infecções de repetição”. Enfermeira E

Todas as participantes concordaram que a assistência de enfermagem é importante, a maioria acredita por ser o enfermeiro o profissional que tem maior contato com os utentes durante o internamento, o relacionamento entre eles devem favorecer a construção de um ambiente que possa influenciar a sua recuperação facilitando o tratamento.

O que constatamos é que os enfermeiros entrevistados relatam que a assistência de enfermagem é de grande importância para promover o conforto, o bem-estar e melhorar a qualidade de vida da utente quando afirmam que a assistência de enfermagem é importante para diminuir as complicações materno-fetais e reduzir o risco de infecções de repetição o que vai de encontro com a literatura.

Categoria IV- Fatores que limitam a assistência de enfermagem as gestantes com ITU no SM

Sentiu-se a necessidade de criar essa categoria para saber as limitações com que as enfermeiras se deparam quando da assistência as gestantes com ITU no SM. O objetivo era de conhecer os fatores que limitam a assistência de enfermagem as gestantes com ITU no SM.

Desta feita se apresenta as respostas das participantes:

“Falta de mais enfermeiros para dar resposta as grávidas; falta de privacidade; espaço não adequado; enfermaria superlotadas”. Enfermeira A

“Falta de mais recursos humanos e materiais nesse serviço, que dificulta o trabalho porque é pouco tempo dispensado a cada paciente, dar formações de reciclagens aos funcionarios”. Enfermeira B

“Falta de mais casas de banho, mais quartos para que não fica superlotado”. Enfermeira C

“Mais enfermeiros, materiais insuficientes, necessidade de aumentar o espaço”.

Enfermeira D

“Falta de materiais, de mais profissionais de enfermagem, espaço adequado, dar formações aos funcionários”. Enfermeira E

Das percepções encontradas na pesquisa por parte das enfermeiras, os fatores que limitam a assistência de enfermagem no SM são a nível dos recursos humanos e materiais. Reforçando o número de enfermeiros por cada cama seria possível dispensar uma melhor atenção as gestantes, podendo disponibilizar um tempo maior nas sessões de ensino, que já foi referido que ajudaria da diminuição do período de internamento e na prevenção de recidivas, ao melhorarem o espaço físico do SM, proporcionaria não apenas um maior e melhor conforto e acolhimento as gestantes, como também seriam evitados os casos de superlotação.

3.3 Conclusão da análise dos dados

Analisando as respostas das entrevistas pode-se afirmar que as enfermeiras da enfermaria da maternidade do HBS estão dotadas de conhecimentos sobre a ITU durante a gestação, são capazes de defini-la e de identificar os fatores que apresentam riscos, o que é muito importante pois ao definir a patologia e identificar os fatores de risco melhora a assistências e torna-as capazes de intervir no sentido de identificar e diminuir os fatores de risco para a infeção, o que leva a afirmar que as enfermeiras do serviço de maternidade (SM) estão capacitados para dar uma resposta atempadamente a esta situação.

Durante as entrevistas foram identificadas algumas das principais intervenções de enfermagem perante as gestantes com ITU internadas, o que mostra que os cuidados que estão sendo administrados as gestantes com ITU, são os mais próximos possíveis daqueles preconizados pelos estudiosos. Apesar desse facto todas as entrevistadas concordaram que é pertinente melhorar os cuidados oferecidos as gestantes com ITU internadas, as principais melhorias apontadas passam por melhorar o espaço físico da enfermaria da maternidade e ter mais recursos humanos para dar respostas atempadas as necessidades das gestantes.

Todas as entrevistadas acreditam que a assistência de enfermagem é importante a atribuição dessa importância, segundo as mesmas, deve-se ao facto de a enfermeira ser

a profissional de saúde que segue a utente durante todo o seu percurso de internamento, é ela que está sempre presente, intervindo para melhorar a sua qualidade de vida, promovendo conforto e bem-estar, deve-se aos cuidados prestados a diminuição dos riscos a que a mulher e o feto são expostos num quadro de ITU assim como a prevenção de novas reinfeções.

Quanto as limitações apontadas, as respostas foram quase que unânimes foram indicadas as limitações de recursos materiais e humanos. Segundo as enfermeiras entrevistadas resolvendo esses problemas, principalmente, seria um grande avanço não apenas na diminuição das reincidências dos casos de ITU como também de outras situações que acometem às patologias ginecológicas e obstétrica da mulher em São Vicente.

Fazendo uma avaliação sobre o cumprimento dos objetivos propostos para este estudo pode-se afirmar que todos os objetivos traçados foram alcançados tendo por base a pesquisa bibliográfica feita e os resultados obtidos durante a pesquisa no campo empírico.

O objetivo geral proposto para este estudo foi de identificar a importância da assistência da enfermagem diante as grávidas com ITU no SM do HBS. Este objetivo foi cumprido na íntegra, pois durante o levantamento bibliográfico ficou claro que a assistência de enfermagem às gestantes com ITU é importante porque o enfermeiro é o profissional que trabalha com a gestante em todas as suas esferas, principalmente a vertente educação, no sentido de prevenir a infeção ou uma reinfeção, é o enfermeiro o responsável pela saúde e bem-estar da gestante quer quando se encontra na sua comunidade como quando se encontra hospitalizada.

As respostas conseguidas junto da amostra também vão de encontro com o levantamento bibliográfico realizado foram ressaltadas as questões de ser o enfermeiro aquele que passa maior tempo com a gestante, de ser o responsável direto na prevenção de reinfeções.

O objetivo de descrever a percepção das enfermeiras sobre a assistência de enfermagem as gestantes com ITU no serviço de maternidade, também foi alcançado, pois as enfermeiras manifestaram seu entendimento sobre a importância de suas ações

para a diminuição da incidência da ITU nas grávidas, assim como na prevenção de recidivas e no tratamento das gestantes quando internadas.

Quanto ao objetivo de apontar as intervenções de enfermagem efetuadas durante o internamento das gestantes com ITU no serviço de maternidade, também foi bem conseguido, pois as enfermeiras no SM estão em consenso com o levantamento bibliográfico realizado, ao apontarem que as principais intervenções de enfermagem às gestantes com ITU passa por uma educação contínua com a gestante.

A descrição dos fatores que limitam a assistência do enfermeiro às grávidas com infecção do trato urinário no SM do HBS, revelou os fatores limitantes como sendo humanos e físicos da própria enfermaria. Aumentar o número de enfermeiros foi uma das situações levantadas, na ótica das enfermeiras um maior número de profissionais de enfermagem trabalhando no SM permitiria uma assistência de enfermagem nesse serviço de melhor qualidade, melhorar os espaços físicos como as casas de banho e os quartos foi outro fator levantado. No entender das entrevistadas melhores espaços culminam num melhor atendimento e acolhimento da gestante e evitaria as superlotações constantes nas enfermarias.

Considerações finais

Tendo em conta o papel essencial da enfermagem neste contexto, surgiu a necessidade de elaborar este trabalho com o objetivo de demonstrar a importância da assistência de enfermagem as grávidas com ITU na enfermaria de maternidade do HBS.

Ao longo da elaboração deste trabalho monográfico, foi possível constatar a enorme importância que tem um profissional de enfermagem para com às gestantes com ITU, pois é o enfermeiro o encarregado de cuidar da gestante em todas as suas esferas. As intervenções realizadas visam diminuir a incidência e prevalência da ITU assim como as possibilidades de desenvolver complicações.

A ITU é a causa de importantes complicações no ciclo gravídico, observou-se que muitas dessas podem ser evitadas com acompanhamento pré-natal realizado corretamente. Ainda se constatou que as proporções das complicações também são diminuídas através de um tratamento adequado. Portanto a ITU como qualquer outra patologia necessita de uma avaliação adequada por parte do enfermeiro para uma melhor intervenção.

O estudo mostrou que todos os resultados obtidos vão de encontro com os objetivos traçados, conhecendo qual é a percepção da enfermeira no controlo da ITU nas gestantes, visto que, as ITU nestas tem vindo a aumentar gradualmente com o passar dos anos no serviço da maternidade.

As informações colhidas, nas entrevistas mostraram que as enfermeiras do SM do HBS, estão dotadas de conhecimentos sobre a ITU na gestação, sendo capazes de fazer a conceitualização do tema, bem como a identificação de fatores de risco e intervenções preventivas para esses casos. Ainda foi possível aperceber que as enfermeiras estão capacitadas para intervir de forma a diminuir a prevalência da ITU nas gestantes, são capazes de identificar a importância da assistência de enfermagem e os fatores limitantes.

Deste modo, pode-se dizer que os objetivos preconizados foram alcançados. Mas apesar das dificuldades de realizar esta pesquisa, nosso foco se manteve até o final, com

todos os obstáculos que encontramos desde a autorização das instituições para a realização da pesquisa até a coleta de dados no hospital, não desistimos de buscar a conclusão do trabalho, visando alcançar nossos objetivos, e sempre com olhar humanizado, buscando transmitir a informação sobre este tema de suma relevância para as gestantes.

Contudo, tratando-se de um assunto mais amplo, conclui-se que este estudo não deve se esgotar por aqui. Outros aspetos poderão ser abordados e novas pesquisas poderão ser realizadas. Ainda acredita-se que a pesquisa trouxe algum contributo a nível teórico, uma vez que é uma temática pouco discutida em Cabo Verde e que necessita de soluções no sentido de diminuir a problemática da ITU nas gestantes, não somente no HBS nem tão pouco na ilha de São Vicente, mas sim em todo o País.

Propostas

- Melhorar as condições para que as secções de IEC às gestantes possam acontecer de melhor forma possível. Visto que ficou provando através da pesquisa bibliográfica e das entrevistas realizadas, que essa é o melhor método para se diminuir a prevalência e incidência dos casos de ITU nas gestantes.
- Pensar no futuro, num espaço específico e mais propício para as gestantes com esse diagnóstico.
- Pensar em mais recursos humanos e materiais para dar demanda as necessidade do serviço.
- Dar sempre formações de reciclagens aos profissionais dessa área para estarem capacitados em responder as necessidades desses gestantes e intervir de melhor maneira na diminuição dos riscos.
- Criar protocolos de enfermagem para intervenção às gestantes com ITU no SM de modo a universalizar os cuidados prestados das gestantes dentro do SM.

Referências Bibliográficas

Albuquerque, L. M e Cubas, M. R. (2005). Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn.

Bayer Health Care e Bayer Schering Pharma (2007). Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. 2ª Edição. Publicações Europa- América, Lda.

Berbel, L. A. S.; Gural, N. R. G. e Schirr, F. (2011). Orientações de enfermagem durante o pré natal para a prevenção da infecção do trato urinário. Revista eletrônica da faculdade Evangélica do Pará, Curitiba.

Boff, Leonardo (1999). Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra. 7ª edição. Editora Vozes. São Paulo.

Brunner (2011). Enfermagem médico-cirúrgico. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Carvalho, V. (2006). Sobre o projeto para aplicação de novas metodologias ao processo ensino-aprendizagem. Rio de Janeiro.

Camano, Luiz; Souza, Eduardo; Sass, Nelson & Mattar, Rosiane (2003). Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. 1ª edição. Brazil.

Duarte, G. (2008). Infecção urinária na gravidez. Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia. Ribeirão Preto, v. 30(2), p. 93-100.

Dangelo, José Geraldo e Fatinni, Carlos Américo. (2007). Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar: para o estudante de medicina. 2ª edição. São Paulo: Atheneu.

Duarte G, Marcolin AC, Figueiró-Filho EA, Cunha SP. Infecções urinárias. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RAP, Correa Jr. MD, (2004). Noções práticas de obstetrícia. 13a ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e Cultura Médica;. p. 793-800.

Duarte G; Marcolin AC; Quintana SM e Cavalli RC (2008). Infecção Urinária na Gravidez. Rev Bras Ginecol Obstet;30(2):93-100.

Didio, Liberato J. A. e ARAP, Sami (2002). Sistema Urinário. In: DIDIO, Liberato J. A. Tratado de Anatomia Sistêmica Aplicada. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu. vol 2 cap 15. p. 605 a 620.

Freitas, F; Costa, S. H. M; Ramos, J. G. L & Magalhães, J. A. (2006). Rotinas em obstetrícia. 5.ed. Porto Alegre: Artmed.

Fiore DC, Fox CL. (2014). Section four: recurrent urinary tract infection. FP Essentials;416:30-7.

Filho, Rezende, J. (2008). Obstetrícia fundamental. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Foxman B. (1990). Recurring urinary tract infection: incidence and risk factors. American Journal of Public Health;80(3):331-3.

Gardner, E. (1988). Anatomia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4a.ed.

Gois, A. L. C.; Cravo, E. O.; Mendes, R. B. (2010). Infecção trato urinário e trabalho de parto prematuro: a realidade em uma maternidade referência para alto risco em Aracaju(SE). Caderno de graduação-ciências biológicas e da saúde, v. 11, n.11. Disponível em: http://www.unit.br/Publica/2010-1/BS_INFECCAO.pdf. Acesso em: 17 out. 2013.

Guyton, Arthur C. (2002). Funções Reprodutoras e Hormônios. Tratado de Fisiologia Médica. Trad. Patricia Lydie Voex. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. cap.80. p. 863-865.

Heiberg, Ita Pferferman e Schor, Nestor (2008). Infecção do Trato Urinário. In: LOPES, Antonio Carlos. Tratado de Clínica Médica. 2ª edição. SP – São Paulo: Roca. vol 2. cap 267. p. 2923 a 2930.

Jacociunas, L. V. e Picoli, S. U. (2014). Avaliação de infecção urinária em gestantes no primeiro trimestre de gravidez. Revista brasileira de análises clínicas. Porto Alegre, v. 39(1), p. 55-57, 2007. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_01/rbac_39_1_13.pdf>. Acesso em: 14 jan.

Kahhale, S. e Souza, E. (2012). Protocolos de obstetrícia: descrição, diagnóstico, tratamento. São Paulo.

Lima, A. (2008). Métodos Laboratoriais Aplicados a Clínica: Técnica e Interpretação. 8ª edição. RJ – Rio de Janeiro: Guanabara koogan.

Lenz, Lino Lima (2006). Cateterismo Vesical: Cuidados, Complicações e Medidas Preventivas. Arquivos catarinenses de medicina. Vol 35. n.1.

Lowdermilk, D. L; Perry, E. S & Bobak, M. I. (2002). O Cuidado e a Enfermagem Materna. 5.ed. São Paulo: Artmed.

Martinelli, Reinaldo; Rocha, Heonir (2003). Infecção do Trato Urinário. RIELLA, Miguel Carlos, Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos. 4ª edição. RJ – Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan. cap 25. p. 490 a 506.

Machado, Letícia Martins (2012). Anatomia e fisiologia dos Órgãos Reprodutores Femininos. Saúde Materno Infantil-Obstetrícia. <http://www.unifra.br/professores/14261/aula%201.pdf>

Mazzer, M. e Silva, J. O. (2010). Causas e riscos de infecção urinária em gestantes. Revista multidisciplinar da saúde. Piracicaba, v. 2, n. 4, p. 62-70, 2010. Disponível em: <http://www.anchieta.br/Unianchieta/revistas/saudeemfoco/pdf/Revista_MultidisciplinardaSaude_04.pdf#page=62> Acesso em: 15 jan.

Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Políticas de Saúde. Infecção de Trato Urinário. Manual Técnico. 1ª ed. Brasília: ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2006). Manual de Controlo das Doenças Sexualmente Transmissíveis – Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf. Acesso em 22 de maio de 2008.

Milanez, Helaine Maria Besteti Pires Mayer (2009). Infecção do Trato Urinário. In: NEME, Bussâmara. Obstetrícia Básica. 3ª edição. São Paulo: Sarvier. cap 6. p. 36 a 44.

Moore, Keith L.; Dalley, Arthur F. (2007). Anatomia Orientada para a Clínica. 5ª edição. Rio de Janeiro Guanabara koogan.

Naber KG, Schito G, Botto H, Palou J, Mazzei T. (2008). Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. European Urology.;54(5):1164-75.

Norrby, S. Ragnar. (2009). Abordagem dos Pacientes com Infecção do Trato Urinário. In: Goldman, Lee; Ausiello, Denis; tradução de: Sudré, Adriana Pittella et al. Cecil Medicina. RJ – Rio de Janeiro: Elsevier. vol 2. cap 306. p. 2459 a 2465.

Neme, B. (2000). Obstetrícia básica. 2. ed. São Paulo: Sarvier.

Nettina, S. M. (1998). Prática de enfermagem. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Palhares, Oswaldo Antonio Santos; Almeida, Francisco Batista de; Santo, Demóstenes do Espírito (2007). Infecções do Trato Urinário. In: Netto Junior, Nelson Rodrigues. Urologia Prática. 5ª edição. SP – São Paulo: Roca. cap 43. p. 425 a 426.

Prodanov, Cleber Cristiano e Freitas, Ernani Cesar (2013). Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Rio Grande do Sul - Brasil, p.24.

Rabiais S, Aragão F, Félix J, Moreira P, Rolo F. (2010). Infecção urinária recidivante: ocorrência, factores de risco e custos de diagnóstico e tratamento.

Rezende, J. (2005). Obstetrícia.10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rezende, J. e Montenegro, C. A. B. (2003) Obstetrícia fundamental. 9. ed. Rio de Janeiro.

Rios, C.T.F e Vieira, N. F. C. (2007). Ações de enfermagem no pré natal: reflexão a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Pag.12(2):477-86.

Rolo F. PB e Moreira P. (2008). Guia de Prática Clínica – Cistite não complicada na mulher. Associação Portuguesa de Urologia.

Rudge, Marilsa Vieira Cunha; Borges, Vera Therezinha Medeiros; Calderon, Iracema de Matos Paranhos (2009). Adaptação do Organismo Materno a Gravidez. In: NEME, Bulssâmara. Obstetrícia Básica. 3ª edição. São Paulo: Sarvier. cap 06. p. 36 a 44.

Santos, Josiane Gonçalves Soares (2011). O Papel dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família nas Actividades de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Trabalho de conclusão do curso apresentado ao curso de especialização em atenção básica de saúde da família, para obtenção do certificado de especialista.

Seeley, Rod R.; Stephens, Trent D. Tate, Philip (2005). Anatomia e fisiologia. Sexta edição.

Spence, Alexander P. (1991). Anatomia humana básica. São Paulo: Ed. Manole LTDA, 2a. ed.

Silva, João Luiz Pinto (2007). Aspectos Clínicos. In: NEME, Bussâmara; Neme Obstetrícia Básica. 2. Ed. São Paulo: Sarvier, cap 39, pag. 305 a 317.

Soares, Roberto da Costa; Guaré, Sandra de oliveira (2003). Infecção do Trato Urinário. In: Camano, Luiz et al. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, Unifesp/ Escola Paulista de Medicina: Obstetrícia. SP – Barueri: Editora Manole. cap 69. p. 339 a 349.

Souza, M. L., Sartor V. V. B., Padilha, M. I. C. S. & Prado, M. L (2005). O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. Pag. 266-70. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>. 11:02. 17/08/2016.

Vasconcellos, Marcus José de Amaral (2005). Infecção Urinária Aguda. In: Netto, Hermógenes Chaves. Obstetrícia Básica. SP – São Paulo: Editora Atheneu. cap 32. pag 299 a 304.

Zugaib, Marcelo (2008). Zugaib Obstetrícia. SP – Barueri: Manole. p. 1228.

Apêndices

Apêndice I- Requerimento

informar a interessada de decisões da comissão de ética

Exma. senhora *[assinatura]*
21/06/2016
Presidente do conselho de administração
Hospital Dr. Batista de Sousa

*A Superintendente de Enf. para a Unidade Referida.
No caso inconveniente.*

São Vicente 16 de Junho de 2016

Nós Marlene do Rosário Alves e Maria dos Reis, enfermeiras que prestam serviço neste hospital, responsáveis pelo projeto de pesquisa para monografia, cujo tema **“Assistência de enfermagem às grávidas com infecções urinária nos serviços de Maternidade do Hospital Dr. Batista de Sousa”** o qual pertence ao curso de complemento de licenciatura em enfermagem na Universidade do Mindelo, vimos pela esta presente solicitar através da Vª Ex cia, senhora presidente do Conselho de Administração desta instituição hospitalar autorização para realizar inquéritos nos serviços de Maternidade e Estatística deste Hospital, a partir do mês de Junho do ano em curso.

Conscientes da nossa responsabilidade como alunas do curso do complemento de licenciatura em enfermagem, garantimos que o segredo e o sigilo profissionais serão cumpridos.

Gratas pela atenção dispensada

Solicitamos deferimento urgente

Subscrevemos com os melhores cumprimentos

Marlene do Rosário Alves
Marlene do Rosário Alves 998 975 0
Maria dos Reis Almeida
Maria dos Reis Almeida

A Comissão de Ética para parecer

[assinatura]
17/06/2016

Autorizado pela Comissão de Ética.
[assinatura]
20/06/2016.

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 917 - 261.6126
O Funcionário
Hcampos

Apêndice II- Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nós, estudantes do curso do complemento de Licenciatura de enfermagem na Universidade do Mindelo viemos solicitar a participar do nosso estudo cujo tema é “Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária nos serviços de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa”. Com objetivo geral de demonstrar a importância da assistência de enfermagem as grávidas com infecção do trato urinário na enfermaria de maternidade do Hospital Dr. Batista de Sousa.

O estudo será feito através de uma entrevista, que será gravada. A sua participação é de extrema importância para realização deste estudo, no entanto pode desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita qualquer prejuízo.

Informa ainda que toda a informação conseguida neste estudo será precisamente sigilosa ou seja a sua identidade jamais será divulgada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo.

Caso tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento não hesite em contactar-nos pelos números 9989750/9924596 ou pelo correio eletrónico marlenealves0813@gmail.com.

Eu _____ aceito participar de livre vontade no estudo uma vez que, fui devidamente explicado (a) os objetivos principais da pesquisa e dos possíveis risco e benefícios em relação a minha participação.

/Marlene Alves, Maria Dos Reis Almeida/

Mindelo, Agosto de 2016

Apêndice III- Termo de aceitação do tema para o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi

TERMO DE ACEITAÇÃO DO TEMA PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Eu, Martene do Rosário Alves e Maria dos Reis D. Almeida
Aluno N.º _____ do Curso de Conclusão de Licenciatura em ENFERMAGEM da
UNIVERSIDADE DO MINDELO, declaro que aceito desenvolver o meu Trabalho de
Conclusão do Curso (TCC), com o Tema:
Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária nos serviços do H.P. Sousa, de acordo com os Regulamentos e com as Normas vigentes na UNIVERSIDADE DO MINDELO, comprometendo a entregar o referido trabalho em 3 (três) exemplares e um CD/DVD, no prazo fixado pelo Conselho Científico do DEPARTAMENTO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE.

Proponho ainda que seja designado como meu Orientador o Sr.:
Rosiane Sofia do Rosário Gomes,
Licenciado/Mestre/Doutor em: Licenciada.

Mindelo, 29 de Outubro de 2016

Maria dos Reis Zelgado Almeida
Martene do Rosário Alves

(O Aluno)

Aceitação da Orientação

Rosiane Sofia do Rosário Gomes

(O Orientador)

Apêndice IV- Guião de Entrevista

Guião de entrevista

A) Caracterização

- Número de entrevista_____
- Idade___35_ anos
- Habilitações literárias:

___Bacharel

___Mestrado

___Licenciatura

___Doutoramento

___Especialidade

___Outros

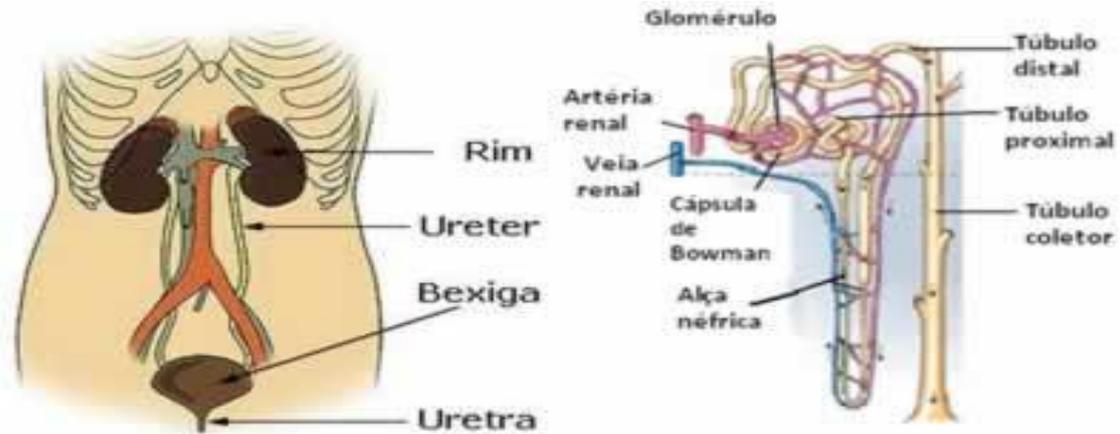
- Tempo de execução em enfermagem_____
- Tempo de execução de enfermagem na maternidade _____

B) Questões

1. Na sua opinião o que entendes por infecção urinária?
2. Tendo em conta a sua experiência profissional, que factores de risco estão associados as ITU nas gestantes?
3. Quais as intervenções de enfermagem efetuadas durante o internamento das gestantes com ITU?
4. Que intervenções de enfermagem são realizadas no SM para diminuir a prevalência da infecção urinária na gravidez?
5. Durante o internamento, que intervenções de enfermagem são feitas no SM para diminuir/evitar complicações maternas e fetais nas grávidas com infecção urinária?
6. Dentro da sua experiência profissional, acha pertinente melhorar o atendimento as grávidas com ITU no serviço de maternidade do HBS?
7. Para si, qual a importância da assistência de enfermagem em relação às grávidas com infecção urinária no serviço de maternidade do HBS?
8. Quais os factores que limitam a assistência de enfermagem as grávidas com ITU na enfermaria da maternidade?

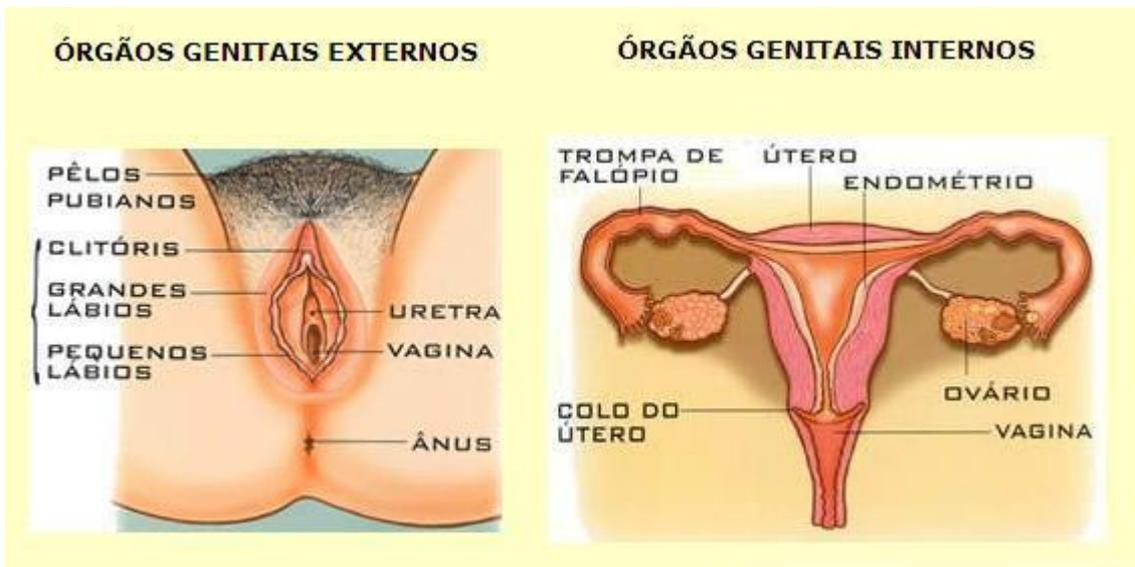
Anexos

Anexo I- Anatomia do Aparelho Urinário



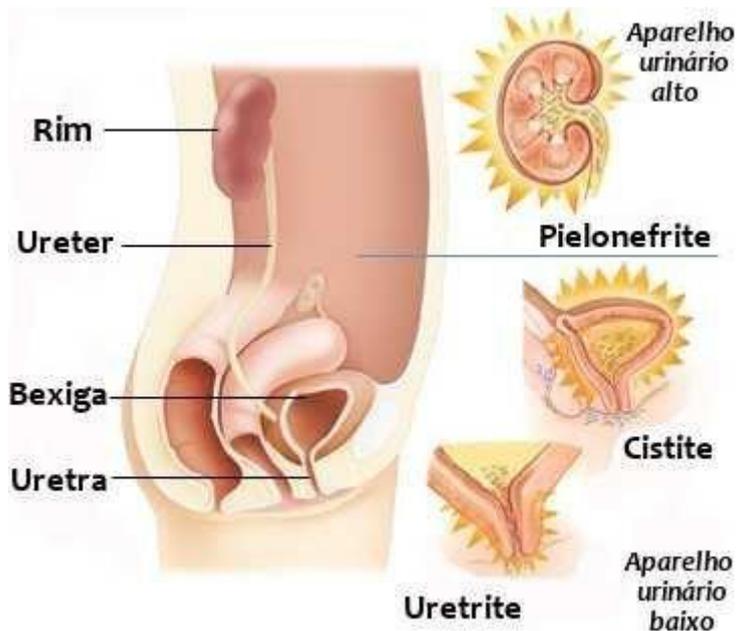
Fonte: <<http://www.brasilecola.com/biologia/sistema-excretor.htm>>

Anexo II- Sistema Reprodutor Feminino



Fonte: <http://files.danutaw.webnode.com.br/2000000205eae25fa86/Reprodutor%20feminino.JPG>

Anexo III- Infecções Urinárias



Fonte:<http://i1.wp.com/melhorsaude.org/wp-content/uploads/2015/01/Infecção-urinária.jpg?resize=361%2C317>

Anexo IV- Gestante



Fonte:<http://www.organicnewsbrasil.com.br/wp-content/uploads/2015/09/gravida.jpg>