



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UNIRIO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de *cuff*: a
posição dos enfermeiros sobre o saber e o fazer da Enfermagem**

Linha de Pesquisa – O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de
Pesquisar e de Ensinar.

RACHEL DE OLIVEIRA GOMES

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo

RIO DE JANEIRO

2013



**Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de *cuff*: a
posição dos enfermeiros sobre o saber e o fazer da Enfermagem**

Linha de Pesquisa – O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de
Pesquisar e de Ensinar.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro,
UNIRIO, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem.

RACHEL DE OLIVEIRA GOMES

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro – RJ

2013

Gomes, Rachel de Oliveira.

G633 Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de *cuff* : a posição dos enfermeiros sobre o saber e o fazer da Enfermagem / Rachel de Oliveira Gomes, 2013.

102 f. : 30 cm + CD-ROM

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

RACHEL DE OLIVEIRA GOMES

**Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de *cuff*: a
posição dos enfermeiros sobre o saber e o fazer da Enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 17 de dezembro de 2013

Presidente da Banca – Prof. Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

1º Examinadora – Prof. Dra. Teresa Tonini

2º Examinadora – Prof. Dra. Deyse Conceição Santoro

SUMÁRIO:

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1.1. Considerações do problema	01
1.2. Justificativa / Relevância	04

CAPÍTULO 2 – OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO OBJETO

2.1. Anatomia do sistema respiratório	06
2.2. Intubação endotraqueal e traqueostomia	07
2.3. Ventilação mecânica	08
2.4. Sobre Enfermeiros e Cuidados em Unidades de Terapia Intensiva – Em busca de uma arqueologia do saber e fazer	10

CAPÍTULO 3 – ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

23

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

32

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS (ANÁLISE E DISCUSSÃO)

5.1. Primeira categoria: AÇÃO / FAZER (Empírico) sobre cuidados para clientes entubados	44
5.2. Segunda categoria: AÇÃO / SABER-FAZER teórico sobre cuidados para clientes entubados	54
5.3. Terceira categoria: AÇÃO / SENTIR dos profissionais sobre cuidados para clientes entubados	66

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

75

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, TABELAS, IMAGENS, FLUXOGRAMAS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1 – Posicionamento do tubo endotraqueal	03
Figura 2 – Cuffômetro	15

QUADROS

Quadro 1 – Estruturas do trato respiratório superior e inferior	06
Quadro 2 – Tipos de ventilação mecânica	09
Quadro 3 – Intervenções relacionadas aos diagnósticos de enfermagem	18
Quadro 4 – Principais cuidados aos clientes entubados, segundo os enfermeiros participantes da estratégia A	33
Quadro 5: Cuidados de enfermagem apontados e discutidos para os clientes entubados pelos enfermeiros participantes da estratégia B	39

IMAGENS

Imagem 1 - Desenho da pesquisa	24
Imagem 2 – Sobre o saber-fazer, segundo os enfermeiros participantes da estratégia B	60
Imagem 3 – Cuidado como dimensão da respiração e expressão da enfermagem	75
Imagem 4 – Cuidado como dimensão da expressão da prática	77

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros participantes da estratégia A, segundo sexo, idade, tempo de formação e experiência em UTI	32
Tabela 2 – Importância dos cuidados de enfermagem para os clientes entubados, segundo os enfermeiros participantes da estratégia A	35
Tabela 3 - Cuidados de enfermagem indicados para prevenção de infecção pulmonar, segundo os enfermeiros participantes da estratégia A	36
Tabela 4 - Cuidados de enfermagem aos clientes entubados, classificados como específicos e elementares	48

ESQUEMA

Esquema 1 - Organização de dados da estratégia A	38
Esquema 2 - Nova organização de dados da estratégia A	39
Esquema 3 - Organização de dados da estratégia B	41
Esquema 4 - Nova organização de dados da estratégia B.....	42

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Classificação dos dados pertinentes a primeira categoria de análise	45
Gráfico 2 – Classificação dos dados pertinentes a segunda categoria de análise	57
Gráfico 3 – Classificação dos dados pertinentes a terceira categoria de análise	67
Gráfico 4 – A posição dos enfermeiros sobre os cuidados com o cuff, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B	71
Gráfico 5 – A posição dos enfermeiros sobre aspiração de vias aéreas, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B	72
Gráfico 6 – A posição dos enfermeiros sobre higiene oral, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B	72
Gráfico 7 – A posição dos enfermeiros sobre elevação da cabeceira da cama, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B	73
Gráfico 8 – A posição dos enfermeiros mudança de decúbito, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B	74

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1.1. Considerações do problema

Trabalhar como plantonista de uma Unidade de Tratamento Intensivo¹ (UTI) de um Hospital Privado do Estado do Rio de Janeiro e prestar cuidados a clientes graves, por meio de *ações e atos de cuidar*², objetivados em exame físico, administração de medicamentos, punções venosas, realização de curativos, sondagem vesical e higiene corporal bem como observação rigorosa de sinais vitais, proporcionou momentos de reflexões sobre o que se realiza, sabe e produz como conhecimentos de enfermagem.

Despertar de um sono sobre o que é feito na UTI, entendido como espaço de cuidar, também é uma ação para descobrir e encontrar respostas-problema, indicados pelos clientes através de sinais e sintomas. Entre esses problemas, aqueles relacionados ao *cuff*³ compõem o cerne de muitas reflexões, levando em consideração o tempo que este tipo de cliente permanece em uso de *cuff* remetendo a necessidade de, como profissional, olharmos e sermos capazes de identificar que a atenção com o *cuff* é fundamental para prevenção de complicações locais como edema ou lesão da traquéia.

Neste ínterim, cabe destacar que um dos problemas que preocupam os enfermeiros ao cuidarem de clientes entubados, consiste na prevenção de infecções pulmonares devido a drenagem de líquido da cavidade oral para o pulmão.

Não obstante, faz-se necessário pensar na manutenção do conforto⁴, no que diz respeito à manutenção de vias aéreas livres e as condições físicas e emocionais dos clientes, pouco discutidas entre enfermeiros.

1 Utilizaremos, neste estudo, o termo Unidade de Terapia Intensiva, considerando-a como uma unidade assistencial que abriga clientes que requeiram assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterrupta, é uma unidade específica dentro do Centro de Terapia Intensiva (FIGUEIREDO et al, 2009, p. 05).

2 A ação é composta de vários atos, sendo entendida como mais ampla do que o ato. Opõe-se ao pensamento e à palavra: pensar e falar não pode ter efeito sobre a matéria, ao passo que a ação é liberdade política de alguém ou de uma sociedade, que é capaz de governar-se por si e de forma independente, querer decidir com autodeterminação (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, p. 249).

3 Dispositivo presente na parte distal de tubos endotraqueais e cânulas de traqueostomia utilizados em pacientes adultos.

4 Conforto é entendido para além do cuidado, por que é ofertado para o bem-estar das pessoas. É a experiência de um estado ou qualidade pessoal coletiva, envolvendo sensações de bem-estar, ou seja, sensações de proteção, segurança, comodidade, integridade e objetividade (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, p. 427).

Assim, esta preocupação nos pareceu um objeto possível de ser investigado no momento de submissão do projeto para seleção do mestrado, entre outras possibilidades aqui destacadas.

A fim de melhor situar a problemática, vale destacar que em UTI é comum encontrar-se clientes submetidos à ventilação mecânica invasiva, tendo como principal objetivo manter a ventilação pulmonar adequada naqueles cuja função respiratória está comprometida (PENITENTI et al, 2010, p.1) e, conseqüentemente, são os enfermeiros que estão em permanente vigília para que ela seja adequada ao cliente.

Diversas recomendações quanto aos cuidados a serem realizados junto aos clientes entubados já estão definidas como fundamentais, destacados como: higienização frequente das mãos, manutenção da cabeceira elevada, cuidados na administração da dieta enteral, técnica adequada de intubação e aspiração traqueal (CARRILHO et al, 2006, p. 39). Tais recomendações sobre os cuidados a serem instituídos para o cliente entubado são descritas por instituições como o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e o *Center for Infectious Diseases* (CDC).

Cuidados relacionados à higiene corporal, mobilização no leito, conforto físico-emocional, procedimentos realizados, materiais utilizados, bem como o ambiente e círculo familiar também devem se entendidos como de suma importância para os clientes supracitados, ou seja, para aqueles que usam *cuff* e não para o *cuff*.

Tal fato justifica-se por uma prática que pode privilegiar questões específicas do corpo ou de órgãos, sistemas ou tecnologias, conforme apresentado por outras áreas, pressupondo mais atenção do que o “sujeito total” e sua família.

Entre os cuidados descritos na literatura para o cliente entubado, destaca-se os referentes ao *cuff*, devido ao papel que desempenha na redução do risco de broncoaspiração de secreções provenientes da região orofaríngea e conseqüentes infecções pulmonares (PENITENTI et al, 2010, p. 2).

A questão expressa sobre o *cuff*, diz respeito sobre considerar a necessidade de mensuração e manutenção das pressões internas dentro dos valores estabelecidos como normais, destacando-se os estudos de Ono e colaboradores (2008) e Godoy, Vieira e DeCapitani (2008) sobre a alteração da pressão de *cuff* após as modificações da angulação da cabeceira da cama e do decúbito do cliente, respectivamente.

Cabe ressaltar que a pressão exercida pelo *cuff* contra as paredes da traquéia deve permitir o fluxo capilar fisiológico adequado, não excedendo valores fisiológico entre 25 e

35 mmHg, evitando-se assim lesões por constrição dos vasos, falha no aparelho mucociliar, ulcerações, estenose traqueal, traqueomalácea, fístula traqueoesofágica, bem como importantes alterações precoces da mucosa traqueal, caracterizadas por edema celular, perda de cílios e descamação do epitélio (JULIANO et al, 2007, p. 318; PENITENTI et al, 2010, p. 2; STANZANI et al, 2009, p. 2).

Figura 1: Posicionamento do tubo endotraqueal



Fonte: Disponível em: <http://iriamstar.files.wordpress.com/2011/04/fig-39-tubo-endotraqueal.jpg?w=644>.

Acesso em 15/06 às 22:01

Neste ínterim, destaca-se que, assim como o cuidado, o descuidado⁵ está presente na assistência ao cliente entubado, porém, muitas vezes não identificado, porque, empiricamente, se sabe que o centro da atenção dos enfermeiros é o suporte ventilatório.

Dessa forma, considerando os cuidados descritos para os clientes entubados e a atenção ao *cuff*, acredita-se ser pertinente desencadear uma discussão entre enfermeiros que cuidam de clientes na situação descrita, por que pensar em que cenários os enfermeiros conversam sobre as situações de seus clientes, ou discutem os cuidados que eles necessitam, bem como a correlação que fazem entre os procedimentos rotineiros executados por ele e/ou pelos técnicos de enfermagem, como: a higiene oral, aspiração de vias aéreas, posição no leito, verificação de pressão de *cuff*, dentre outros, sendo estes considerados para os clientes entubados como vitais e como forma de prevenção de riscos.

⁵ Aquilo que se opõe ao cuidado. É a rede de discursos, ações, processos, conhecimentos e saberes criadores e mantenedores de condições e situações inadequadas, insatisfatórias, danosas ao conforto, bem-estar, à segurança, ao desenvolvimento de pessoas, comunidades, povos e sociedades (FIGUEIREDO E MACHADO, 2009, p. 428).

Assim, os textos e fundamentos teórico-práticos para a delimitação do objeto desse estudo, possibilitaram a emersão de algumas questões norteadoras para compreensão fundamental a ser considerada:

- Qual é a posição⁶ teórico-prática dos enfermeiros sobre cuidados de enfermagem com clientes entubados?;
- O que é possível destacar das posições teórico-práticas e a partir do que está descrito em diretrizes e consensos, a proposição de cuidados com clientes entubados?

A partir dessas questões, se estabeleceu como objeto de estudo a posição dos enfermeiros sobre o saber/fazer quando cuidam de clientes em uso de *cuff*.

Tal escolha nasce do pressuposto de que os enfermeiros que trabalham especificamente com clientes entubados, sabem e fazem (prestam) cuidados que podem ser norteadores de uma prática repetida nas diversas UTIs, ou que ocorre a partir do que está descrito pelo IHI e CDC e definido como fundamental.

Os objetivos propostos são:

- Identificar o que os enfermeiros propõem como cuidados para o cliente entubado (em uso de *cuff*), a partir de suas posições de saber/fazer;
- Destacar os cuidados específicos e fundamentais mencionados pelos enfermeiros que cuidam de clientes entubados (em uso de *cuff*);
- Discutir os cuidados propostos pelos enfermeiros que cuidam dos clientes entubados (em uso de *cuff*) a luz das recomendações já definidas na literatura e de sociedades da área.

1.2. Justificativa / Relevância

A justificativa para desenvolver este estudo a partir das posições de enfermeiros que cuidam de clientes entubados surge de alguns estudos e de preocupações a partir da prática de cuidar desses clientes, quando se identifica as seguintes afirmativas:

⁶ Um dos sentidos de posição é a assunção (tomar posse da existência de alguma coisa). Kant foi o primeiro a distinguir Posição Relativa, que é o reconhecimento do ser predicativo (ser expresso pela cópula) que põe relação duas determinações de uma coisa; e a Posição Absoluta, que é o reconhecimento da existência da coisa. Kant dizia que “em um existente, nada é posto além do que já está no puro possível” (trata-se com efeito de seus predicados), mas através de um existente é posto algo mais que um puro possível, porque se trata da posição absoluta da mesma coisa. Para Kant, a posição é o reconhecimento (empírico) de uma existência (ABBAGNANO, Nicola, 1998).

a) Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é comum encontrar clientes submetidos à ventilação mecânica invasiva, tendo como principal objetivo manter a ventilação pulmonar adequada àqueles cuja função respiratória está comprometida (PENITENTI et al, 2010, p.1);

b) A alteração do nível de consciência, aliado à intubação traqueal possibilita a ocorrência da depressão do reflexo de tosse e da deglutição, levando ao acúmulo de secreções contaminadas na parte posterior da orofaringe, além de reduzir a eficácia dos mecanismos de defesa das vias aéreas superiores. Tais fatores aumentam o risco da ocorrência de aspiração do conteúdo da orofaringe, contribuindo para o desenvolvimento infecção pulmonar (ONO et al, 2008, p. 4 e CASON et al, 2007, p. 29);

c) O CDC recomenda que os clientes que recebem ventilação mecânica tenha a cabeceira da cama elevada em um ângulo de 30 a 45 graus, a fim de reduzir o volume de secreção gástrica, diminuindo o risco de broncoaspiração (CASON et al, 2007, p.30);

d) Os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado a clientes entubados, possuem papel fundamental no cuidado com o corpo, posicionamento do cliente no leito, aspiração traqueal e controle da pressão de *cuff*;

e) 38% dos enfermeiros descrevem o controle da pressão de *cuff* como um dos cuidados importantes para a prevenção de infecção pulmonar. Tal cuidado tem sido sugerido como um passo na tentativa de reduzir a incidência de infecção pulmonar (GOMES e SILVA, 2010, p. 564).

Como especificador neste estudo, acredita-se que a posição dos enfermeiros pode indicar que cuidados com o *cuff* são previstos para clientes entubados, não somente a partir do que está instituído como um saber sobre o assunto, mas do que é possível transcender como cuidados de enfermagem, considerando todas as orientações para a tecnologia as quais o cliente é submetido.

Assim, acredita-se ter sido uma escolha acertada a busca de posições teórico-práticas sobre cuidados de enfermagem junto aqueles que cuidam, além de contribuir para um conhecimento referente aos cuidados com clientes entubados.

CAPÍTULO 2 – OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO OBJETO

2.1. Anatomia do sistema respiratório

O sistema respiratório é composto pelo trato respiratório superior (nariz, seios e passagens nasais, faringe, tonsilas e adenóides, laringe e traquéia) e inferior (pulmões), sendo ambos responsáveis pela ventilação. O trato respiratório superior tem como função aquecer e filtrar o ar inspirado de modo que o trato respiratório inferior possa realizar a troca gasosa (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 364).

De acordo com Brunner e Suddarth (2002, p. 364 e 365), as estruturas do trato respiratório inferior e superior apresentam as seguintes funções:

Quadro 1: Estruturas do trato respiratório superior e inferior

ESTRUTURA	FUNÇÃO
Trato respiratório inferior	
Nariz	Serve de passagem para o ar que chega até os pulmões e retorna destes. Filtra as impurezas e umidifica e aquece o ar. Responsável pelo olfato.
Seios paranasais	Serve como câmara de ressonância para a fala.
Faringe, tonsilas e adenóides	Importantes ligações na rede de gânglios linfáticos destinada a proteger o corpo da invasão de microorganismos que entram pelo nariz e pela faringe.
Laringe	Vocalização. Protege as vias aéreas inferiores contra substâncias estranhas e facilita a tosse.
Traquéia	Serve como passagem entre a laringe e os brônquios.
Trato respiratório inferior	
Pulmões	Formados por estruturas bronquiolares e alveolares necessárias para a troca gasosa

Fonte: BRUNNER E SUDDARTH (2002, p. 364 e 365)

Quanto à função do sistema respiratório, as células do corpo obtêm a energia de que precisam a partir da oxigenação de carboidratos, gorduras e proteínas, necessitando de oxigênio (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 367). Como resultado da oxigenação nos tecidos, o dióxido de carbono é produzido e precisa ser removido das células. Além desta função, o sistema respiratório é responsável pelo transporte de oxigênio, respiração, ventilação e troca gasosa (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 367).

Cabe a descrição de dois importantes conceitos: difusão e perfusão. De acordo com Brunner e Suddarth (2002, p. 368-369), o processo pelo qual o oxigênio e o dióxido de carbono são trocados na interface ar-sangue, através da membrana alvéolo-capilar denomina-se difusão. Perfusão pulmonar consiste no fluxo de sangue através da circulação pulmonar.

Considerando que a ventilação é o movimento de ar para dentro e para fora dos pulmões, esta depende do movimento livre do ar através das vias aéreas superiores e inferiores. Assim, em caso de distúrbios, como a broncoconstricção, presença de corpo estranho ou secreção, as vias aéreas tornam-se estreitas ou bloqueadas, necessitando, nas situações de emergência, de cuidados de um cliente com um tubo endotraqueal ou traqueostomia (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 482).

2.2. Intubação endotraqueal

A intubação endotraqueal compreende a passagem de um tubo endotraqueal através da boca ou nariz em direção à traquéia (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 482), introduzido se o paciente necessitar de ventilação ou proteção das vias aéreas (HUDAK E GALLO, 1997, p. 396).

Uma vez inserido, um balão (*cuff*) presente ao redor do tubo endotraqueal é insuflado para evitar que o ar extravase em torno da parte externa do tubo, minimizando a possibilidade de aspiração subsequente e prevenindo o movimento do tubo (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 482).

A intubação endotraqueal deve ser utilizada por não mais de três de semanas, considerando a partir deste período, a traqueostomia com o objetivo de reduzir a irritação e o trauma ao revestimento traqueal (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 482).

Quanto às desvantagens do uso do tubo endotraqueal, Brunner e Suddarth (2002, p. 482) apresentam os seguintes apontamentos:

- Desconforto;
- Depressão do reflexo de tosse em razão do fechamento da glote estar impedido;
- As secreções tendem a ficar mais espessas devido ao desvio do aquecimento e umidificação do trato respiratório superior;

- Os reflexos de deglutição estão deprimidos pelo uso prolongado e trauma mecânico do tubo endotraqueal ou da cânula de traqueostomia, colocando o paciente em risco crescente de aspiração;
- Ulceração e constrição da laringe ou traquéia podem se desenvolver;
- Incapacidade de falar e comunicar suas necessidades.

2.3. Ventilação mecânica

A ventilação mecânica, segundo o III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (Carvalho et al, 2007, p. 70), tem por objetivos a manutenção das trocas gasosas, ou seja, correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada à hipercapnia; aliviar o trabalho da musculatura respiratória que, em situações agudas de alta demanda metabólica, está elevado; reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória; diminuir o consumo de oxigênio, dessa forma reduzindo o desconforto respiratório e permitir a aplicação de terapêuticas específicas.

Para Brunner e Suddarth (2002, p. 486), a ventilação mecânica pode ser utilizada “pela necessidade de controlar as respirações do cliente durante a cirurgia e durante o tratamento da lesão craniana grave, manter a oxigenação do sangue quando os esforços ventilatórios são inadequados e o repouso dos músculos respiratórios”.

Para esta terapia, utiliza-se o ventilador mecânico que consiste em um equipamento de respiração por pressão positiva ou negativa que pode manter a ventilação e a administração de oxigênio por um longo período (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 486).

Durante a ventilação mecânica, a relação entre pressões em inspiração e expiração é invertida. O ventilador fornece ar praticamente através do seu bombeamento para o paciente, sendo as pressões positivas durante a inspiração, resultando em aumento de pressão intratorácica e diminuição do retorno venoso (HUDAK E GALLO, 1997, p, 410).

Os ventiladores por pressão negativa exercem uma pressão negativa sobre o tórax externo. Assim, a diminuição da pressão intratorácica durante a inspiração permite que o ar flua para dentro do pulmão, preenchendo o seu volume (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 487). Pulmão de aço, envoltório corporal e couraça torácica são exemplos de ventiladores mecânicos por pressão negativa, utilizados em clientes cuidadosamente

selecionados devido à adaptação adequada e extravasamento do sistema (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 488).

Os ventiladores de pressão positiva inflam os pulmões, exercendo uma pressão positiva sobre as vias aéreas, forçando os alvéolos a expandirem durante a inspiração. A expiração acontece espontaneamente. Existem três tipos de ventiladores de pressão positiva, sendo classificados pelo método de finalização da fase inspiratória da respiração (BRUNNER E SUDDARTH, 2002, p. 488):

- Ventiladores ciclados à pressão: a inspiração é interrompida quando uma pressão preestabelecida é alcançada. Nesse ponto, a válvula inspiratória fecha-se e a expiração ocorre passivamente. Mediante alteração da complacência pulmonar ou de resistência ao fluxo, uma variação do volume de ar pode ocorrer (HUDAK; GALLO, 1997, p. 416);
- Ventiladores ciclados a tempo: a inspiração é interrompida quando terminado o tempo preestabelecido. O tempo de expiração é determinado pelo tempo e frequência inspiratórios. A razão inspiração-expiração normal é de uma para dois (HUDAK; GALLO, 1997, p. 416). Este tipo de ventilador é utilizado em recém-nascidos e crianças (BRUNNER; SUDDARTH, 2002, p. 489);
- Ventiladores ciclados a volume: após a administração de um volume pré-estabelecido de ar ao paciente, a inspiração é interrompida. Apesar de uma alteração na complacência pulmonar do paciente, o volume de ar administrado é constante (HUDAK; GALLO, 1997, p. 416).

Com relação aos tipos de ventilação mecânica, apresenta-se o quadro a seguir conforme descrito por Brunner; Suddarth (2002, p. 489) e Hudak; Gallo (1997, p. 419).

Quadro 2: Tipos de Ventilação Mecânica

TIPO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA	DEFINIÇÃO
Controlada	Volume preestabelecido de ar é administrado para o cliente enquanto o esforço respiratório espontâneo é “trancado”. O paciente não apresenta trabalho respiratório.
Assistida / controlada	Volume preestabelecido de ar é administrado para o cliente em uma frequência pré-estabelecida, porém o cliente pode ativar o ventilador com o

	esforço inspiratório negativo. O cliente tem trabalho mínimo da respiração durante a expansão inicial do tórax.
Mandatária intermitente sincronizada	Número mínimo de respirações preestabelecidas são sincronicamente administradas para o cliente, porém este pode realizar respirações espontâneas de volumes variáveis. O cliente apresenta trabalho respiratório variável.
Pressão expiratória final positiva (PEEP)	Ao final da expiração, a via aérea não retorna a zero. O cliente apresenta trabalho baixo a moderado da respiração.
Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP)	Utilizada apenas na ventilação espontânea. O cliente respira espontaneamente através do ventilador a uma pressão parâmetro elevada ao longo do ciclo respiratório.
Suporte pressórico (SP)	O cliente respira espontaneamente com ajuda da pressão para cada inspiração espontânea.

Fonte: BRUNNER E SUDDARTH (2002, p. 489) e HUDAK E GALLO (1997, p. 419)

Desta forma, faz-se necessária a discussão sobre o espaço da terapia intensiva, assim como, sobre os profissionais que nela atuam.

2.4. Sobre enfermeiros e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva – Em busca de uma arqueologia do saber - fazer

Não há dúvidas de que os enfermeiros que trabalham em UTIs têm diversos modos e maneiras de cuidar de seus clientes, norteados, por exemplo, por orientações já instituídas.

Nesse cenário de cuidar, os enfermeiros vão marcando sua incontestável importância quanto ao domínio de cuidar desses clientes que demandam muitos cuidados de alta complexidade como gerais, específicos e expressivos.

Na busca de fundamentação teórica também somos rastreadores, arqueólogos a captar, no texto de enfermeiros que trabalham com estes clientes, o que eles dizem sobre necessidades de cuidados e daquilo que é técnico ou expressivo quando se referem a atos ou ações de cuidar como aspectos clínicos, restauração da saúde, prevenção de

complicações e infecções e na atenção aos aspectos expressivos que envolvem o cuidado com o “corpo total”, sua família e ambiente.

Nesse sítio teórico, encontra-se vestígios daquilo que Nighintgale afirmava sobre a importância de saber/fazer para restaurar o corpo. Considerar que o ser humano, o qual é dividido por partes que devem ser associadas para restaurá-lo, merece cuidados seguros e alívio de seu sofrimento.

Essa é a enfermagem singular, especial, científica que não se pode esquecer. Ainda que “conectado” a tantas tecnologias, o sujeito está lá, em meio e ligados a elas.

Tal fato é corroborado pelo crescente avançar de um saber específico dos enfermeiros que se enveredam por esse cenário de cuidar, sendo assim orientados durante o curso de graduação e pós-graduação. As sociedades especializadas se encarregam da orientação teórica e prática dos profissionais de enfermagem, onde se espera que a habilidade de cuidar seja técnico, estético e expressivo, embora a realidade tenha mostrado que é a tecnologia que prevalece, até porque, há momentos em que elas são imprescindíveis para manter a vida.

Desta forma, os enfermeiros que participam nesse processo arqueológico são nossos parceiros ao mapearem o sítio (a UTI) o qual aparece em suas produções científicas nos mostrando como identificar necessidades, processos de cuidar e o que pensam e fazem quando cuidam de seus clientes ou quando falam de cuidado.

Ao longo do tempo, é possível esperar que os enfermeiros adquiram e desenvolvam conhecimentos teóricos e práticos, não somente sobre a profissão, mas o que fazem para cuidar, considerando, além da habilidade técnica, a busca para se fortalecer como intelectual para dar conta das especificidades e especialidades requerida por cada cliente.

Sobre a UTI – o cenário (o sítio arqueológico)

A necessidade de um espaço diferenciado para a realização de um cuidado considerado especial e específico foi identificado na década de 60, por ocasião da Guerra do Vietnã. Entende-se como especial e específico a prestação de cuidados junto ao cliente em risco de vida e, portanto, dependente de cuidados intensivos.

Segundo Gomes (1988), “a principal característica da UTI está na combinação do cuidado intensivo de Enfermagem com a constante atuação médica, no atendimento ao cliente crítico e situações específicas de intervenções da área médica”.

Assim, os enfermeiros que trabalham em UTI, vivem e convivem nesse ambiente altamente especializado, tanto de recursos materiais como humanos com uma função principal de restauração da saúde e da vida e de permanente parceria com outros profissionais da área da saúde que habitam por determinado tempo na UTI.

No que concerne esta prática, desenvolvida por equipes altamente qualificadas e com características peculiares, Zimmerman e Shortell (1988) afirmam que “nem sempre o bom desempenho está garantido pela reunião de equipamentos de alta tecnologia, mas sim pelo que se pode chamar de potencial humano como o fator mais importante”, os quais devem responder a uma série de exigências: competência, habilidade e destreza, disponibilidade para ficar confinada no ambiente hospitalar, disposição para cuidar de clientes críticos, preparação para adaptar-se aos ruídos dos aparelhos, preparação para luta diária com a vida e com a morte, conhecimento técnico e científico e permanente atualização.

É importante que os enfermeiros que cuidam de clientes entubados lembrem-se e estejam sempre em busca de/para que este cuidado envolve questões da existência humana e um olhar diferente para novos contextos históricos (FIGUEIREDO et al, 2009, p. 30). É um cuidado que se ancora na afirmativa de Guattari (1990) quando o referênciamos como ecossófia social, sendo este o desenvolvimento de práticas específicas que tendem a modificar e a reinventar maneiras de ser no seio social, onde está o casal, a família, o contexto geográfico, o trabalho, as relações humanas e o ambiente onde as ações acontecem.

Num olhar para o cliente entubado e para a enfermagem que cuida dele, há de se acreditar que há uma biodiversidade neste cuidado onde temos entendido como ecologias de enfermagem por serem mais sensíveis, por envolver sujeitos que ele cuida, tanto no que diz respeito ao que é concreto (tecnologias) e ao subjetivo, como razão-emoção.

Na verdade, os enfermeiros estão tão envolvidos com o lado racional no cuidado com estes clientes, que o *cuff* passa a significar “prevenir a morte, manter a vida”, que ao mesmo tempo o cuidado é expressivo, que se amplia pela traquéia do cliente quando se quer manter a vida e o conforto dele.

Além da realização de cuidados diretos ao cliente entubado, os enfermeiros exercem o gerenciamento de todas as atividades que envolvem coordenação, controle, acompanhamento, avaliação e intervenção. Sendo assim, sua responsabilidade sob um conhecimento específico de cuidar, além daquele que a tecnologia lhe obriga a ter, faz com

que esteja em todas as cenas antes, durante e depois delas instaladas, ou seja, situações de vida-morte, constantes na UTI.

No entanto, não é possível pensar sobre esta responsabilidade desarticulada de um saber que é constituído em todas as fases da vida e são arraigados em nós a partir da cultura, do meio social e da busca individual de cada um de nós, como as experiências de adoecer e ser cuidado.

Assim, a enfermagem em seus espaços/cenários de cuidar vai construindo seu conhecimento que é teórico, prático e inerente ao que faz e utiliza-se de saberes que se estabelecem no meio acadêmico e no universo sócio-cultural da profissão.

É imprescindível assumir a afirmativa que o cuidado de enfermagem dirige-se ao corpo do cliente, reabilitando ou conservando-lhe a vida. No entanto, é preciso entender e aceitar que o cuidado é a essência e o objeto da enfermagem, considerado como arte-ciência-ideal desenvolvido e expresso por quem cuida e por quem é cuidado (NIGHTINGALE, 1989).

Ainda de acordo com Nightingale (1989), os enfermeiros devem considerar as questões onde a natureza age e influencia o ambiente sobre o ser humano sadio ou doente, que é reforçado por George e colaboradores (2000, p. 42) quando dizem que:

“quando as situações de enfermagem são vistas da perspectiva de Nightingale, usando o seu modelo ambiental, são identificadas novas visões do fenômeno de interesse da enfermagem. O exame dos aspectos ambientais, como a luz, o ruído, o aquecimento, pode proporcionar uma visão da resposta humana à saúde e a doença”.

Essa afirmação de Nightingale pode parecer distante e deslocada (a sua época) do que pensam os enfermeiros hoje sobre cuidados na UTI e dos clientes entubados, que por conta de novos desafios tecnológicos e da complexidade clínica do cliente e dos diversos cuidados de que necessitam. Assim, a reflexão que fazemos é sobre o nosso olhar centrado apenas no *cuff*, mas o de acreditar que o ambiente na UTI pode contribuir para o conforto de seu corpo físico-espiritual, que ele pode contribuir, melhorar, ajudar a aumentar a sua imunidade.

O cliente da UTI em uso de tubo endotraqueal, estando em situação de risco para desenvolver eventos adversos que podem complicar sua situação e, sendo o objeto-sujeito do cuidado, exige que os enfermeiros tenham um saber geral e fundamental sobre a

enfermagem e muito específico para sua situação diária e manipular tecnologias diversas para cuidar destes clientes adequadamente.

Neste momento, consideramos ser importante a descrição dos cuidados apontados pela literatura como fundamentais para o cliente entubado, considerados pelas autoras como o saber-fazer, que deve manter a atenção específica para o cuidado com o *cuff*.

Saber-fazer

Em se tratando da ventilação mecânica, esta geralmente ocorre através de uma prótese traqueal artificial, sendo as mais comuns as endotraqueais e as cânulas de traqueostomia (PENITENTI et al, 2010, p. 1). Outras formas de ventilação mecânica (não-invasivas) podem ser utilizadas nestes clientes, entretanto não foram objeto desta investigação.

Conforme já mencionado, os tubos endotraqueais e alguns tipos de cânulas de traqueostomia possuem na sua parte distal um balonete, chamado de “*cuff*”, que tem como função selar a via aérea evitando o escape de ar, mantendo assim uma ventilação adequada e diminuindo a incidência de broncoaspiração (PENITENTI et al, 2010, p. 1 e 2).

Algumas atenções são necessárias para os clientes em uso da ventilação mecânica:

- a) escoamento de bactérias ao redor do *cuff* do tubo endotraqueal, associado com trauma local e inflamação traqueal, o que aumenta a colonização de microorganismos e dificulta a eliminação das secreções do trato respiratório inferior. A colonização traqueal com bactérias e a traqueobronquite são comuns e podem ser precursores de infecções pulmonares (ZEITOUN et al, 2001, p. 47), que podem ser melhor investigadas em outro estudo.
- b) Imprescindível para o profissional de enfermagem responsável pela assistência aos clientes entubados no papel fundamental no controle da pressão de *cuff*;
- c) As técnicas de mensuração e sua frequência, segundo a literatura que embora sejam conflitantes e inconsistentes (STANZANI et al, 2009, p. 2) é necessária para buscar formas mais efetivas na prevenção de risco.
- d) Sobre os cuidados com o *cuff*, a pressão interna deve ser a menor possível para permitir a administração de volumes correntes adequados e prevenir a aspiração pulmonar. A pressão é mantida em menos de 25 cm H₂O para prevenir lesão e em mais de 20 cm H₂O

para prevenir aspiração. A mesma deve ser monitorada, no mínimo, a cada oito horas (BRUNNER; SUDDARTH, 2002, p. 484).

e) Os teóricos Ono et al (2008, p. 2) descrevem a necessidade da mensuração da pressão do balonete ser realizada por meio de métodos considerados mais seguros e confiáveis como o cuffômetro - aparelhos específicos para medir tal pressão. O cuffômetro consiste em um aparelho manual, com graduação de 0 a 120 cmH₂O, mantendo as normativas de calibração $\pm 0,49\%$, que conectado ao balonete permiti a sua insuflação e desinsuflação (JULIANO et al, 2007, p. 318).

Figura 2: Cuffômetro

Fonte: Disponível em: <http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.cefir.com.br/>. Acesso em: 7/6/12 às 16:47

Outros métodos de mensuração da pressão dentro do balonete são descritos na literatura. Dentre estes, destaca-se a técnica do volume mínimo de oclusão (VMO) o qual corresponde à insuflação mínima suficiente para impedir o escape de ar na fase inspiratória da ventilação mecânica (GONÇALVES et al, 1990, p. 1).

O volume mínimo de oclusão é obtido insuflando-se o balonete do tubo durante a ventilação artificial até o momento em que o ruído inspiratório se modificava ou diminuía de intensidade. O local de ausculta respiratória é próximo à fúrcula esternal e realizado com o auxílio de um estetoscópio (GONÇALVES et al, 1990, p. 1).

De acordo com o Segundo Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2000), cabe a Enfermagem verificar a pressão do balonete, no mínimo a cada 12 horas, no entanto, existe uma tendência de mudança na rotina da equipe de Enfermagem em razão da prática

profissional e disponibilidade de tempo de 4 a 8 horas para de 8 a 24 horas (STANZANI et al, 2009, p. 6).

Segundo Ono et al (2008, p. 3), em seu estudo sobre alterações de pressão de cuff, verificou-se que ao se alterar a inclinação da cabeceira do leito de 30° para 0° e de 30° para 60°, há redução média de 16,9% e 18,8% nas pressões dos balonetes, respectivamente. Desta forma, pode-se afirmar que este é um importante fator que altera o vedamento ideal da traquéia pelo balonete, predispondo, conforme já mencionado, o cliente, ventilado mecanicamente, a aspiração de conteúdo orofaríngeo.

Tal achado também foi apontado por Godoy, Vieira e DeCapitani (2008, p. 3) ao concluírem que alterações na posição corporal dos clientes sob ventilação mecânica podem alterar significativamente a pressão de *cuff*.

Com relação ao estudo dos parâmetros ventilatórios, Ono et al (2008, p. 3) descreveu que ao se modificar a inclinação da cabeceira de 30° para 0°, houve um aumento médio de 11,8% na pressão de pico das vias aéreas. Já na alteração de 30° para 60°, o aumento da pressão de pico foi de 13,3%. Cabe ressaltar que, no entanto, Enfermeiros não são vistos como participantes da composição destes estudos, mesmo sendo os que mais mobilizam os clientes;

f) Estudos indicam que a manutenção da barreira ácida gástrica natural no estômago desempenha um papel importante na diminuição da incidência e da mortalidade por pneumonia (HUDAK; GALLO, 1997, p. 427). O uso disseminado de antiácidos ou bloqueadores do tipo H₂ que tem por objetivo proteger contra sangramento por estresse em pacientes em uso de ventilação mecânica pode aumentar a colonização do trato gastrointestinal superior devido à diminuição da acidez gástrica. O uso de substâncias que não alteram o pH do estômago tem sido associado com menor mortalidade (HUDAK; GALLO, 1997, p. 427).

Ainda com relação aos cuidados aos clientes ventilados mecanicamente, o suporte nutricional deve ser instituído precocemente (HUDAK; GALLO, 1997, p. 427).

g) Cuidados oftálmicos no cliente em uso de ventilação mecânica devem ser realizados. A avaliação frequente e a instilação de pomada oftálmica ou colírio reduzem o ressecamento da córnea. Em caso de ausência do reflexo de piscar, as pálpebras devem ser fechadas com esparadrapo para evitar ulcerações, ressecamento e traumatismo da córnea. A elevação da cabeceira do leito e a fixação adequada do tubo podem evitar ou reduzir o edema da esclera (HUDAK; GALLO, 1997, p. 428).

Ainda sobre o cuidado com o cliente em uso de tubo endotraqueal, o mesmo necessita que sejam aspiradas as secreções porque a eficácia do mecanismo da tosse está diminuída. Todo o equipamento que entra em contato direto com a via aérea inferior do cliente deve ser estéril (BRUNNER; SUDDARTH, 2002, p. 484). Além da aspiração, os cuidados com as vias aéreas consistem em umidificação adequada, medidas para mobilizar secreções e mudança de posição (HUDAK; GALLO, 1997, p. 425).

h) A colocação de um bloco para morder impede que o cliente morda o tubo ou desloque-o com sua língua. O uso de uma conexão giratória, conectando o tubo ao circuito do ventilador, juntamente com a fixação de uma grande alça de tubo ao leito, facilita o movimento do paciente sem movimentar o tubo (HUDAK; GALLO, 1997, p. 426).

i) A higiene oral com Clorexidina e aspiração contínua de secreção subglótica são cuidados apontados por alguns autores como cuidados aos clientes entubados (AL-TAWFIQ; ABED, 2010, p. 4);

j) No que tange as ações de enfermagem diante do Guideline descrito pelo CDC, Cason et al (2007, p.29) descrevem os seguintes cuidados: Lavagem das mãos antes e após contato com os pacientes, educação dos profissionais de saúde sobre a prevenção de infecções relacionadas a assistência, uso de luvas para manusear secreções respiratórias ou objetos contaminados com secreção respiratória, aspiração subglótica antes de desinsuflar o balonete do tubo orotraqueal ou antes de movimentá-lo, elevação da cabeceira da cama para 30 a 45° se não houver contra-indicação, desenvolvimento e implementação de um abrangente programa de higiene oral para proporcionar limpeza e descontaminação orofaríngea com ou sem agente antisséptico e realização de enxágue com antisséptico de gluconato de clorexidine durante o período perioperatório em pacientes adultos que sofrerão cirurgia cardíaca.

Abaixo segue quadro com os principais cuidados indicados a serem realizados junto ao cliente entubado, de acordo com Hudak e Gallo (1997, p. 433-436).

Quadro 3: Intervenções relacionadas aos diagnósticos de enfermagem

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	METAS DO PACIENTE	INTERVEÇÕES DE ENFERMAGEM
Eliminações	A via aérea do cliente	1. Auscultar o pulmão de 2/2h – 4/4h e SOS;

traqueobrônquicas ineficaz: relacionada à intubação, ventilação, processo patológico, estado debilitado e fadiga	será mantida.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Aspirar apenas quando forem auscultados roncosp; 3. As pressões de aspiração não devem exceder 100-120 mmHg; 4. Hiperoxigenar com 4-5 respirações de 100%; 5. Monitorizar o umidificador do ventilador e temperatura; 6. Monitorar o estado de hidratação do cliente para evitar secreções viscosas; 7. Administrar fisioterapia respiratória conforme indicado com frequentes mudanças de posição; 8. Administrar broncodilatadores, conforme prescrição, e avaliar sua eficácia nos broncoespasmos; 9. Virar e posicionar para facilitar a drenagem gravitacional das secreções.
Troca de gases prejudicada: relacionada a secreções retidas, processo patológico ou ajustes impróprios do ventilador.	Os gases do sangue arterial estarão dentro da faixa normal para o cliente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obter gasometria 10-30 minutos após alterações do ventilador; 2. Monitorar a gasometria ou oximetria durante o período de desmame; 3. Avaliar se determinadas posições causam redução da PaO₂ ou precipitam desconforto respiratório; 4. Monitorizar os sinais e sintomas de hipóxia e hipercapnia.
Padrão respiratório ineficaz: relacionado a fadiga, ajustes impróprios do ventilador aumento das secreções, ou obstrução do tubo endotraqueal	O cliente manterá um padrão respiratório eficaz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar verificações do ventilador por equipe de Enfermagem qualificada ou equipe respiratória a cada 1/1 – 2/2 h; 2. Avaliar todos os alarmes e determinar a causa, imediatamente; 3. Manter um ressuscitador manual (ambú) à beira leito, permanentemente; 4. Monitorizar o tubo quanto desconexão, dobras, vazamentos ou obstrução; 5. Avaliar pressão / vazamento do tubo; 6. Introduzir um bloco de mordedura ou via aérea oral para evitar mordedura do tubo; 7. Fixar o tubo endotraqueal. Avaliar os sons respiratórios bilateralmente após troca de fixação do tubo. Observar a posição nos lábios em relação às marcações de cm no tubo. 8. Posicionar o cliente para evitar oclusão ou deslocamento do tubo;

		<p>9. Conter o cliente para evitar autoextubação, de acordo com o protocolo da instituição;</p> <p>10. Avaliar o posicionamento apropriado do tubo endotraqueal por raio x e ausculta bilateral.</p>
<p>Nutrição alterada, ingestão menor que as necessidades corporais: relacionada a doença grave, aumento das necessidades metabólicas, incapacidade de consumir alimentos por via oral.</p>	<p>O cliente manterá o peso corporal e se aproximará do peso corporal normal.</p>	<p>1. Pesar o cliente diariamente;</p> <p>2. Manter elevada ingestão calórica por alimentação por sonda, nutrição parenteral total e intralipídios. Evitar elevadas quantidades de carboidratos que podem elevar os níveis de PaCO₂, durante o desmame;</p> <p>3. Uma vez traqueostomizado, avaliar e iniciar alimentação oral de acordo com a tolerância do cliente.</p>
<p>Comunicação verbal prejudicada: relacionada à instituição do tubo endotraqueal.</p>	<p>Manter comunicação por métodos alternados.</p>	<p>1. Explicar o ambiente, todos os procedimentos, expectativas e equipamentos;</p> <p>2. Sempre atender ao chamado do cliente;</p> <p>3. Fornecer bloco de anotações e lápis, lousa, prancha de letras ou figuras para comunicar. Fazer perguntas cujas respostas sejam sim ou não;</p> <p>4. Assegurar ao cliente que a voz retornará após a remoção do tubo endotraqueal;</p> <p>5. Antecipar situações e procedimentos, apoiando o cliente durante períodos de ansiedade e frustração;</p> <p>6. Permanecer com o cliente durante o processo de desmame do ventilador.</p>
<p>Ansiedade: relacionada a temor de doença/morte e do ambiente de terapia intensiva: paciente e família.</p>	<p>O cliente utilizará mecanismo de defesa eficaz.</p>	<p>1. Incluir a família na assistência;</p> <p>2. Sedar, quando necessário, se prescrito pelo médico;</p> <p>3. Maximizar os estilos de defesa eficazes;</p> <p>4. Documentar a resposta emocional do cliente à doença grave;</p> <p>5. Monitorar os sinais de psicose da UTI;</p> <p>6. Colaborar com o médico fornecendo informações de prognóstico e realistas ao nível de compreensão do cliente;</p> <p>7. Proporcionar períodos de sono ininterrupto.</p>
<p>Dor: relacionada à ventilação mecânica, instituição de tubo endotraqueal.</p>	<p>A dor será aliviada ou controlada.</p>	<p>1. Manter a posição do tubo para evitar tração ou vibração do tubo endotraqueal;</p> <p>2. Ajustar as velocidades de fluxo do ventilador para conforto;</p> <p>3. Ajustar a sensibilidade do ventilador a fim de reduzir</p>

		<p>o esforço do cliente para iniciar a respiração;</p> <p>4. Posicionar o cliente com a cabeceira do leito elevada, exceto se houver contra-indicação. Mudar a posição a cada 2/2 h.</p>
<p>Alto risco para injúria: relacionado à ventilação mecânica, tubo endotraqueal, ansiedade e estresse.</p>	<p>O cliente estará livre de lesão durante a ventilação mecânica.</p> <p>O cliente não desenvolverá úlceras gástricas de estresse.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar o ventilador quanto a aumentos súbitos no barômetro; 2. Observar sinais e sintomas de barotrauma; 3. Monitorizar as pressões no tubo a cada 2/2 h – 4/4 h; manter as pressões no tubo em 20 mmHg; 4. Conter o cliente para evitar auto-extubação; 5. Posicionar o tubo do ventilador para evitar tração do tubo endotraqueal; 6. Avaliar o comprimento do tubo endotraqueal e documentar o desvio; 7. Administrar antiácidos e bloqueadores gástricos H₂, conforme prescrição; 8. Sedar o cliente, quando necessário; 9. Monitorizar o cliente quanto a distensão abdominal, pH do aspirado nasogástrico, hemoglobina e hematócrito, auscultar os ruídos intestinais e, pesquisar sangue oculto nas fezes.
<p>Alto risco de perfusão tissular alterado: relacionado a ventilação com pressão positiva, PEEP, hipotensão.</p>	<p>Manter hemodinâmica estável e a consciência.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar os sinais vitais, perfusão periférica, ganhos e perdas; 2. Realizar medidas da hemodinâmica com cada alteração do ajuste de PEEP, conforme prescrição; 3. Determinar os gases venosos mistos 20 minutos após cada alteração do ajuste de PEEP, conforme prescrição; 4. <u>Hiperoxigenar / Hiperventilar antes de aspiração.</u>
<p>Alto risco de infecção: relacionado à instituição de tubo endotraqueal em estado debilitado.</p>	<p>O cliente não adquirirá uma infecção pulmonar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar cor, quantidade, consistência e odor da secreção a cada aspiração; 2. Colher amostra para cultura e antibiograma, quando iniciado; 3. Manter técnica estéril, enquanto aspira; 4. Realizar higiene oral a cada turno; 5. Monitorizar os sinais vitais quanto a indicações de infecções; 6. Palpar os seios e inspecionar visualmente a membrana timpânica em febres de origem desconhecida; 7. Drenar a água condensada no tubo do ventilador externamente para fora das vias aéreas e do reservatório

		do umidificador; 8. Lavar as mãos frequentemente; 9. Manter precauções universais.
Alto risco de excesso de volume de líquido: relacionado ao balanço hídrico positivo durante a ventilação mecânica.	Manter o balanço hídrico e valores de eletrólitos normais.	1. Monitorizar a temperatura do ventilador e umidificador a cada 2/2 h – 4/4 h; 2. Monitorizar ganhos e perdas; 3. Pesar o cliente diariamente; 4. Calcular a complacência pulmonar a cada 2/2 h – 4/4 h; 5. Monitorizar o sódio sérico; 6. Monitorizar o raio x quanto a sinais de retenção hídrica; 7. Avaliar o turgor cutâneo e o edema; 8. Auscultar os pulmões quanto a estertores e sibilos a cada 2/2 h.
Alto risco de ansiedade: relacionado a doença grave, medo da morte ou desfiguramento, mudanças de papel no ambiente social ou incapacidade permanente.	O cliente será capaz de expressar ansiedades à pessoa apropriada.	1. Proporcionar ambiente que incentive a expressão franca de questões emocionais; 2. Mobilizar sistema de suporte do cliente e envolver estes recursos conforme apropriado; 3. Permitir tempo para que o cliente se expresse; 4. Identificar possíveis recursos hospitalares para apoio do cliente / família; 5. Incentivar comunicações francas entre a família e a Enfermeira, em relação a questões emocionais; 6. Confirmar a base de conhecimento do cliente e da família, em relação à doença grave; 7. Envolver sistemas de suporte religioso. Conforme apropriado; 8. Permitir ao cliente controle sobre cuidados, quando capaz.

Fonte: HUDAK; GALLO (1997, p. 433-436)

Neste momento, cabem algumas considerações sobre cuidado, já que este é entendido como uma ação inerente à Enfermagem que faz pelo outro o que gostaria que fosse feito para si. Sendo assim, o cuidado com o cliente, incluindo sua segurança no decorrer da internação hospitalar, é um compromisso ético que deve ser assumido pelos profissionais de Enfermagem desde a sua formação (MADALOSSO, 2000 in FARIAS et al, 2010).

Estar com o outro para cuidar é saber que qualquer fenômeno que um corpo apresenta é percebido por quem o sente e por quem o olha. Para isso, o corpo que cuida deve exercitar-se para adquirir o que os autores chamam de sintonia fina para perceber som, cheiro, presença, etc (FIGUEIREDO et al, 2009, p. 44).

Falar de cuidado para a Enfermagem, significa falar de toque. Desta forma, segundo Figueiredo et al (2009, p. 54) “a Enfermagem é uma das profissões da área da saúde que mais toca. O Enfermeiro toca para banhar, trocar roupa de cama, mudar o corpo de posição, fazer higiene oral, etc”.

No que tange a assistência de Enfermagem livre de danos e com qualidade, ressalta-se uma discussão atual sobre a desumanização ou o descuidado por parte da equipe de enfermagem que atua em Unidades de Terapia Intensiva. É notório que as atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva exigem habilidades e competências para cuidar a qual os diferenciam de outras unidades de cuidado (SILVA, PORTO e FIGUEIREDO, 2008, p. 2), especialmente na utilização de tecnologias para o cuidado, como o respirador mecânico.

De acordo com Figueiredo et al (2009, p. 379) “a tecnologia, num mundo globalizado, pode colocar em risco a grande “teia da vida” tecida nos espaços de cuidar” Nesses espaços, os processos acontecem, as técnicas são inventadas e as tecnologias adquirem força. No entanto, ao não se darem conta onde termina a tecnologia e onde começa o doente, transformam a sua relação com a máquina e o cuidado de enfermagem num ato mecânico, vendo o cliente como uma extensão do aparato tecnológico e esquecem de desenvolver os conhecimentos técnicos e expressivos que fundamentam a assistência junto ao cliente (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008, p. 3).

CAPÍTULO 3 – ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

O método

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, que envolve a produção de dados contidos nos conteúdos das falas dos enfermeiros e nos registros encaminhados via web sobre suas posições teórico-práticas acerca do cuidado com o cliente em uso de *cuff*.

A pesquisa qualitativa proporciona aos envolvidos (pesquisador e sujeitos investigados) um aprofundamento do referencial teórico-metodológico que possa trazer

maior visibilidade ao objeto deste estudo e possibilitando pensar sobre determinado objeto no campo da saúde-doença.

Essa abordagem qualitativa facilita, durante o processo de produção e resultados dos dados, a intenção de trabalhar com os significados atribuídos, pelos enfermeiros, ao que sabem e fazem para cuidar de clientes em uso de *cuff*, bem como a interpretação de suas práticas a partir do que nos dizem.

Além disso, é possível estar atento a subjetividade que veicula no objeto, onde os dados podem mostrar evidências imediatas de suas falas e práticas, sem esquecer a validade e a confiabilidade do estudo a fim de generalizar e explicar os resultados a partir de um processo de exaustividade.

Deve-se considerar que algumas informações podem ser mensuradas para dar conta da quantidade de repetições das falas sobre um mesmo tema ou reafirmação destes, uma vez que são comuns, ao pensar e fazer cuidados para clientes em uso de *cuff*.

Finalmente, a pesquisa qualitativa, segundo Deslandes e Assis (2002, p. 195 – 223), é definida como

“um conjunto de práticas interpretativas, que pode ser exercida através de multi-métodos e que não pertence a uma única disciplina nem constitui um paradigma. Ele parte da premissa de que o conhecimento é produzido numa interação dinâmica entre o sujeito e o objeto do conhecimento e que há um veículo indissociável entre o mundo objetivo e o (inter) subjetivo dos sujeitos”.

A seguir, apresenta-se a Imagem 1 para sintetizar a relação entre a fase exploratória e delineamento desta pesquisa.

Imagem 1: Desenho da pesquisa

Imagem sobre o desenho da pesquisa de autoria de Rachel Gomes e Nêbia Almeida que pertence ao estudo intitulado “Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de cuff: a posição dos enfermeiros sobre o saber e fazer da Enfermagem”.

Imagem 1: Desenho da pesquisa – continuação

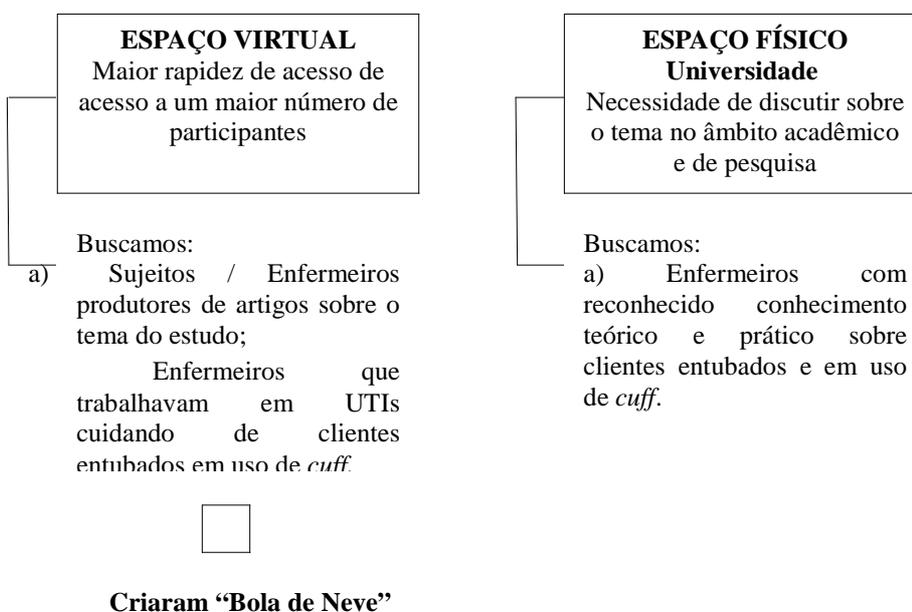
Imagem sobre o desenho da pesquisa de autoria de Rachel Gomes e Nélia Almeida que pertence ao estudo intitulado “Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de cuff: a posição dos enfermeiros sobre o saber e fazer da Enfermagem”.

MOMENTOS METODOLÓGICOS

Primeiro momento metodológico:

A Escolha do espaço (sítios onde os cuidados são encontrados)

Para alcançarmos o objeto e atingirmos os objetivos destes estudos, escolhemos dois espaços como o local da aplicação de estratégias que chamamos de:



A escolha pelo espaço virtual definiu-se pela necessidade de ampliar o número de participantes do estudo, uma vez que a unidade de tratamento escolhida fechou para restauração. Neste espaço foi possível acessar enfermeiros que estavam, não apenas produzindo conhecimento na área de interesse deste estudo como também os que estão cuidando.

Uma tensão existente era de que nesse tipo de abordagem não era possível um contato mais próximo para reflexão e discussões sobre as diversas ações de cuidar que envolvem o cliente em uso de *cuff*.

O outro, o espaço físico, foi caracterizado pela possibilidade de aproximação dos participantes, através do encontro ocorrido na Universidade, o qual que chamamos de “Encontro com Enfermeiros: discussão dos cuidados à clientes entubados – atenção ao *cuff*”. Para este evento convidamos enfermeiros com experiência teórico-prática no cuidado aos clientes em uso de *cuff*.

Segundo momento metodológico:

A Escolha dos sujeitos / Enfermeiros que aceitaram participar

O critério de inclusão é de que todos os enfermeiros tivessem experiência de cuidar de clientes entubados.

Foram convidados 96 profissionais, distribuídos pelo Brasil. Dentre eles apenas 34 aceitaram participar do estudo. Tais profissionais foram convidados conforme descrição abaixo:

- a) contactados por e-mail;
- b) contactados através de artigos científicos relacionados a temática do estudo;
- c) contactadas profissionais que trabalharam em UTIs seguido de convite, que criou uma “amostragem em bola de neve”, isto por que nos convites enviados àqueles profissionais havia, além do convite em si, uma solicitação de indicação de outros profissionais que se enquadravam no mesmo critério;
- d) Convite para os enfermeiros com reconhecido conhecimento teórico-prático de um saber-fazer sobre suas experiências com clientes entubados (em uso de *cuff*).

Atendimento aos princípios éticos da pesquisa

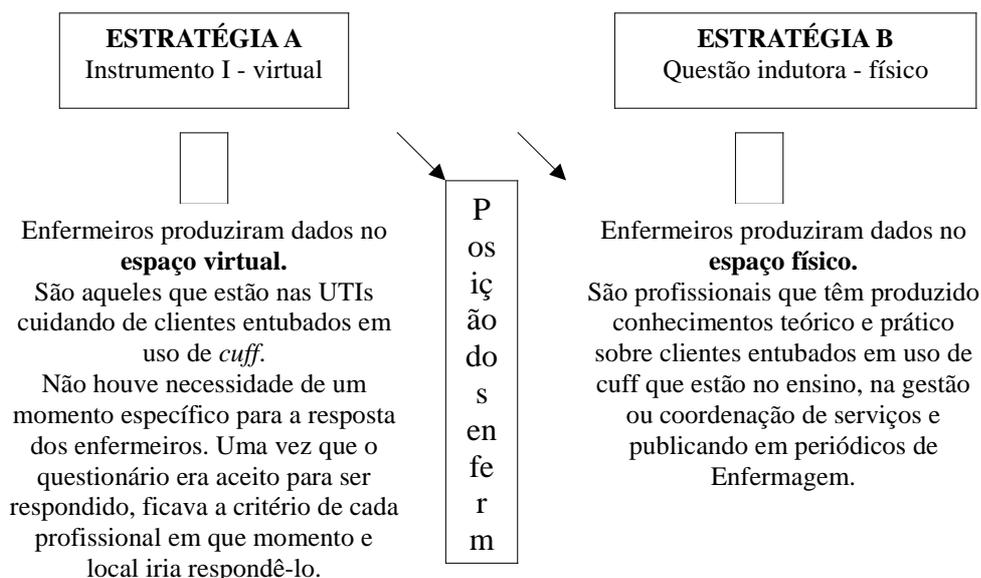
A pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), devido vínculo com o Programa de Mestrado em Enfermagem, com o registro número 190.228, respeitando assim as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e a Resolução 466/12 e suas complementares.

No entanto, no início da etapa de coleta de dados, foi necessária revisão do objeto e dos objetivos do estudo devido impossibilidade da realização da mesma por circunstância de obras no local escolhido, porém não alterando o foco central de investigação.

O presente estudo apresenta risco mínimo aos sujeitos envolvidos, não ocorrendo nenhum benefício direto na sua realização. Entretanto, a partir das conclusões apresentadas, os profissionais participantes contribuíram para mudanças da conduta frente ao problema exposto.

Terceiro momento metodológico:

A Escolha dos instrumentos e das estratégias de produção de dados



Quarto momento metodológico:

Como foram desenvolvidas as estratégias

a) Estratégia A – no espaço virtual

A produção de dados se deu através de um instrumento, composto por cinco perguntas as quais foram respondidas, via e-mail, pelos enfermeiros que cuidam de clientes em uso de *cuff*, sendo estes considerados como aqueles que têm um conhecimento empírico sobre o cuidado para estes clientes.

De acordo com Freitas, Janissek-Muniz, Moscarola (2004), o envio de questionário via web “possibilita que o pesquisador utilize uma interface muito mais interativa e rica, seja na coleta ou na apresentação dos resultados”.

Mediante o aceite em participar da pesquisa foi enviado a cada profissional um link criado na plataforma Google Docs contendo um questionário com perguntas abertas e fechadas relacionadas ao objeto do estudo (Apêndice I). Como parte destas perguntas, a primeira delas refere a concordância em participar do estudo. Isso configura a legalidade do questionário via web.

Não foram estabelecidos prazos para o envio dos questionários. A plataforma utilizada como link para resposta permite interface com o e-mail da pesquisadora principal. Com isso, quando o sujeito concluía o preenchimento do questionário, automaticamente

era enviado uma notificação à pesquisadora. Além disso, os dados eram convertidos para uma planilha no programa Excel, construída pela própria plataforma do Google Docs.

b) Estratégia B – no espaço físico

A produção de dados foi decorrente de uma questão indutora de reflexão e discussão: o que sabemos e como cuidamos de clientes entubados em uso de *cuff* para serem respondidas por aqueles enfermeiros que tem um conhecimento teórico-prático, que produzem conhecimento, estão no ensino e / ou em atividades de gestão. Das doze enfermeiras convidadas, apenas seis aceitaram participar.

Os convites foram encaminhados com vinte dias de antecedência para que cada um pudesse programar em suas agendas. A confirmação de suas participações foi feita por e-mail, entretanto estes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) no momento do encontro, pois houve necessidade de gravação.

Os debates iniciados entre estes enfermeiros foi precedido de uma apresentação do estudo e de seus objetivos, e o tempo para este encontro durou duas horas. A apresentação foi gravada e transcrita e faz parte do acervo, considerado – texto e conteúdo – do estudo, entregues aos participantes para que tomassem conhecimento e validassem a transcrição.

Quinto momento metodológico:

Organização e análise do material produzido nas estratégias A e B

Para organização e análise dos dados produzidos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo que de acordo com Bardin (2009) consiste “em uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifestada na comunicação”.

A análise de conteúdo (BARDIN, 2009, p.30), corresponde às seguintes questões: a) superação da incerteza – Observar na mensagem o que efetivamente está contido, pode ser uma “visão” muito pessoal partilhada por outros?; b) o enriquecimento da leitura – se um olhar imediato, espontâneo, é já fecundo, pode aumentar a produtividade e a pertinência de uma leitura?

O desejo de rigor e a necessidade de descobrir, de ir além das aparências, estão nestes dois pólos, que nos encaminham para atentar no que diz respeito a verificação

prudente e uma possível interpretação brilhante. Também precisamos estar atentos a duas funções, que na prática podem ou não dissociar-se como: *Heurística* - a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão para a descoberta “para ver no que dá”; e *Administração de Prova* - questões ou afirmações provisórias, que servem de diretrizes para o método de análise sistemática e são verificadas no sentido de uma confirmação ou informação para “servir” de prova. (BARDIN, 2009, p.31)

De acordo com Bardin (1970, p.89) as diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três pólos cronológicos:

- Pré-análise;
- Exploração do material;
- Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais (BARDIN, 1970, p. 89).

Normalmente, a pré-análise é subdividida em três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final, sendo estes estreitamente ligados uns aos outros (BARDIN, 1970, p. 89).

A pré-análise é composta por atividades não estruturadas conforme descrição a seguir (BARDIN, 1970, p. 90).

- Leitura flutuante: “consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 1970, p. 90);

- Escolha dos documentos: o documento pode ser selecionado primeiramente ou o objetivo é escolhido e, posteriormente, os documentos a serem analisados. Após definição, pode ser necessário organizar o conjunto de documentos que serão submetidos à análise, por exemplo, entrevistas, questionários, livros, etc (BARDIN, 1970, p. 90). Para tal, faz-se necessário cumprir as seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 1970, p. 91);

- Formulação das hipóteses e dos objetivos: hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos confirmar ou anular, recorrendo aos procedimentos de análise. Objetivo é a finalidade geral a que nos propomos (BARDIN, 1970, p. 92);

- Referenciação dos índices e a elaboração de indicadores: considerando-se “os textos como uma manifestação contendo índices que a análise vai fazer falar, o trabalho preparatório será de escolha destes” (BARDIN, 1970, p. 93).

Conforme descrito por Bardin (1970, p. 93), “após a pré-análise, devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro de dados”.

Seguimos a orientação de Bardin (p.38) para a busca de categorização que é fragmentada comunicação para que a análise seja válida e seguiremos duas das cinco regras que ele sugere: exaustividade e adequadas ou pertinentes.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Organização de Resultados para a Estratégia A

Anteriormente a discussão sobre os cuidados mencionados e executados pelos enfermeiros junto ao cliente entubado, apresentamos a tabela 1 que caracteriza os sujeitos quanto ao tempo de formação, tempo de experiência em CTI, título de especialista, se atualmente trabalha em CTI e cargo atual.

A primeira organização

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros participantes da estratégia A, segundo o sexo, idade, tempo de formação e experiência em UTI

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Masculino	04	14
Feminino	25	86
Total	29	
Idade	N	%
de 25 a 30 anos	12	42
de 31 a 35 anos	7	24
de 36 a 40 anos	7	24
de 41 a 45 anos	2	7
> de 45 anos	1	3
Total	29	100
Tempo de Formação	N	%
até 5 anos	5	18
de 6 a 10 anos	12	42
de 11 a 15 anos	7	25
de 16 a 20 anos	3	11
> de 20 anos	1	4
Total	29	100
Tempo de Experiência em UTI	N	%
até 5 anos	12	42
de 6 a 10 anos	10	35
de 11 a 15 anos	5	17
de 16 a 20 anos	1	3
> de 20 anos	1	3
Total	29	100

Fonte: Dados da pesquisa

Mantém-se a confirmação de que as mulheres são em maior número e, a grande maioria, tem entre 21 a 40 anos de idade. O tempo de formação varia de 1 a 15 anos (o maior número é de dez enfermeiros entre 1 a 5 anos de trabalho). O tempo de trabalho na UTI é variado, com experiências entre 5 e 10 anos, somando 22 enfermeiros.

Explicitada as questões sociodemográficas, iniciamos a organização dos dados decorrentes do instrumento respondido pela internet – entendido como espaço virtual de investigação.

O quadro a seguir trata dos principais cuidados destacados pelos enfermeiros para clientes entubados.

A segunda organização

Quadro 4: Principais cuidados aos clientes entubados, segundo os enfermeiros participantes da estratégia A

ORDEM	CUIDADOS	TOTAL	OBSERVAÇÕES
01	Aspiração de vias aéreas	28	Aspiração com técnica estéril; Uso de sistema fechado (troca a cada 72 horas); Não ultrapassar 15 segundos; Aspirar de 4/4 horas; Aspirar via aérea superior antes do TOT; Permeabilidade de via aérea.
02	Elevação da cabeceira	26	Quando não houver restrição Manter a 30 °; Mínimo 30 °; Superior a 30°; Entre 30 a 45 °; Manter a 45°; Manter entre 30 a 45°.
03	Higiene da cavidade oral	25	Uso de Clorexidine; Uso de Periogard; Realizar a cada 4 horas; Realizar duas vezes por dia; Realizar a cada 6 horas.
04	Mensuração da pressão de cuff	18	Realizar 1 vez ao dia; Realizar a cada 12 horas; Manter pressão até 25 mmHg.

05	Cuidados com a fixação do TOT	14	Manter comissura labial estabelecida; Troca fixação uma vez por dia; Manter TOT centralizado; Manter TQT bem fixada; Manter ângulo de 90 ° do TOT ou TQT junto a traquéia e conexões; Evitar tracionar.
06	Dieta enteral / Resíduo gástrico	06	Sonda orogástrica; Interromper dieta ao abaixar cabeceira e ao mobilizar paciente; Verificar resíduo gástrico; Verificar resíduo gástrico a cada 4 horas.
07	Mudança de decúbito	06	Realizar a cada 12 horas.

Fonte: Dados da pesquisa

Listados os principais cuidados (definidos após o processo de exaustividade) indicados pelos enfermeiros, embora não tenhamos considerado frequências, optamos pela atenção ao número de evocações, as quais permitiram compreender a significação de cada um deles.

Posteriormente, sentimos necessidade de uma nova reorganização para encontramos elementos de uma análise categorial, considerando a totalidade do contexto pelo crivo da classificação e do recenseamento, que Bardin (p. 39) diz ser o primeiro passo, obedecendo o princípio da objetividade.

A opção por organizar os dados em gavetas se adéqua à Análise de Conteúdo para responder os objetivos propostos, já que a Análise de Conteúdo defendida por Bardin (p.32, 38 e 39), deve ser reinventada a cada momento da decodificação de respostas a perguntas, abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas (que estão dentro de gavetas).

Usamos duas das regras sugeridas por Bardin (2009): a exaustividade e adequadas ou pertinentes. Passado pelo crivo das regras, optamos pela organização em gavetas, as quais permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos das mensagens.

Segundo a autora, consiste em um método taxinômico bem concebido para satisfazer os colecionadores preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente.

Neste momento, fez-se algumas inferências desses resultados, pois trabalhamos como “arqueólogos”, na busca de vestígios (de um saber-fazer sobre cuidados para clientes entubados em uso de *cuff*) nas respostas.

Assim, ao inferir que as respostas não ampliam informações de saber-fazer para um corpo em situação crítica de saúde, deveríamos pensar sobre sua totalidade e não apenas pensar no *cuff* como centro de atenção dos enfermeiros que estão no espaço de cuidar.

Sendo assim, algumas questões surgiram na ocasião dessa inferência: o que leva os enfermeiros a pensar intensamente nos aspectos de cuidar da tecnologia? É possível pensar que neste momento a vida se inverte, isto é, a possibilidade de oxigenar está no *cuff*? Quais as implicações sobre o cuidar do cliente clinicamente de risco, considerando seu corpo e ambiente como restauradores de saúde ou apenas da tecnologia como dominadora de um pensar / fazer, também, da maior importância? É possível equilibrar uma forma de cuidar dos de ambos, como sujeito e objeto do cuidado?

Provavelmente, provocou-se nos enfermeiros que cuidam produzindo novos efeitos sobre o objeto investigado neste estudo.

A seguir apresenta-se a pontuação dada pelos enfermeiros para os cuidados de enfermagem para os clientes entubados.

A terceira organização

Tabela 2: Importância dos cuidados de enfermagem para os clientes entubados, segundo os enfermeiros participantes da estratégia A

<i>Ordem</i>	<i>Cuidado</i>	<i>Evocações</i> <i>(Pontuação total)</i>
1	Higienização das mãos	281
2	Treinamento da equipe	279
3	Elevação da cabeceira da cama	277
4	Higiene oral com clorexidina	265
5	Tubo orotraqueal com aspiração subglótica	259
6	Mensuração da pressão de <i>cuff</i>	253
7	Terapia medicamentosa para proteção da mucosa gástrica	228
8	Terapia para prevenção de TEV	227
9	Interrupção diária da sedação	198

Fonte: Dados da pesquisa

Neste caso, foi utilizada uma pergunta fechada, solicitando que os enfermeiros pudessem pontuar, utilizando escala de 0 a 10, nove cuidados instituídos aos clientes entubados conforme apontado pela literatura.

Podemos observar que a higienização das mãos e o treinamento da equipe aparecem como cuidados mais importantes a serem executados. A utilização de terapia para proteção da mucosa gástrica mostrou-se mais importante que a prevenção do Tromboembolismo Venoso (TEV) e da interrupção diária da sedação.

A higiene oral passa a assumir o “quarto lugar” no ranking dos mais importantes. Sendo assim, cabe inferir que quando a pergunta é realizada de maneira aberta, o que surge “espontaneamente” é o fazer. Quando realizada de maneira fechada, a indução de alguns cuidados pode estar presente, “fazendo vir à tona” algo científico.

A correlação entre os cuidados aos clientes em uso de *cuff* e a prevenção da Pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) foi interrogado, tendo sido solicitada a indicação de cuidado a ser inserido no *bundle* do IHI, apresentada na quarta organização (tabela 3).

A quarta organização

Tabela 3: Cuidados de Enfermagem indicados para prevenção de infecção pulmonar, segundo os enfermeiros participantes da estratégia A

<i>Cuidados de Enfermagem</i>	N
Higiene da cavidade oral	17
Aspiração de vias aéreas	13
Elevação da cabeceira da cama	13
Avaliação da pressão de cuff	5
Mudança de decúbito	3
Verificar RG	2
Cuidados com a fixação do TOT / TQT	1
Interrupção diária da sedação	1
Profilaxia de TEV	1
Treinamento da equipe	1
Posicionamento do circuito acima do nível do paciente	1
Higienização das mãos	1

Fonte: Dados da pesquisa

Cabe ressaltar que estas foram respostas que surgiram através de uma pergunta aberta contidas no questionário. Considerando os cuidados já descritos no referencial teórico, a higiene da cavidade oral e elevação da cabeceira da cama foram os cuidados

mencionados em maior número. No entanto, cuidados com a interrupção diária da sedação, profilaxia do TEV, treinamento da equipe e higienização das mãos foram mencionados apenas uma vez. A profilaxia da mucosa gástrica não foi descrita.

Tal fato nos leva a inferir que o desconhecimento dos enfermeiros quanto aos principais cuidados no que tange a prevenção da PAV.

A fim de um melhor esclarecimento quanto aos resultados descritos até o momento a partir da estratégia A, elaboramos o fluxograma abaixo.

Esquema 1: Organização de dados da estratégia A

Fonte: O autor, 2013

Na releitura dessa organização – primeiro fluxograma – acreditamos ser importante destacar deste material organizado o que sugere como cuidados de prevenção o qual chamamos de segundo fluxograma de dados da Estratégia A.

A quinta organização

Esquema 2: Nova organização de dados da estratégia A

Fonte: O autor, 2013

Organização de Resultados para a Estratégia B

A sexta organização

A partir do debate ocorrido no encontro proposto, algumas passagens foram selecionadas e organizadas para que se pudesse refletir sobre os apontamentos, conforme apresentadas no quadro 5.

Quadro 5: Cuidados de Enfermagem apontados e discutidos para o cliente entubado pelos enfermeiros participantes da estratégia B

Qualidade da assistência de enfermagem	Banho no leito
Criação de bundles de cuidados	Mobilização do paciente
Prevenção de PAV	Mudanças de decúbito
Avaliação da evolução da secreção	Conhecimento da patologia do cliente
Fixação do TOT e TQT	Equipe multidisciplinar
Posicionamento do TOT e TQT	Tubo de aspiração subglótica

Lesão de traquéia	Controle da pressão de aspiração
Higiene oral	Escova de dente para higiene oral
Uso de clorexidina	Uso de sistema aberto ou fechado para aspiração
Cabeceira elevada	Cabeceira elevada
Uso e Troca do filtro bacteriostático	Desmame precoce
Posicionamento do filtro	Sedação mínima
Presença de condensado	Paciente acordado
Monitorar resíduo gástrico	Dieta enteral gástrica
Avaliar pressão de cuff	Ajuste de alarmes

Fonte: Dados de pesquisa

A partir dos dados produzidos através da estratégia B, consideramos que os enfermeiros participantes trouxeram para discussão assuntos importantes da prática assistencial diária. Foram apresentados tanto assuntos diretamente relacionados aos cuidados ao cliente entubados como assuntos referentes a parte administrativa como número de profissionais para a prestação deste cuidado, o trabalho multidisciplinar até o qualidade dos materiais utilizados.

A estratégia utilizada pelas autoras possibilitou uma apresentação tanto de aspecto práticos dos cuidados bem como os estudos recentes sobre o tema. Neste ínterim, foi possível discutirmos sobre a correlação dos cuidados ao cliente entubado e a prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica.

Sendo assim, os itens de reflexão e discussão foram de caráter Teóricos e Práticos, chamados de núcleos temáticos. Para cada um destes núcleos, alguns assuntos receberam um destaque por parte do grupo que também foram organizados em Gavetas, conforme apresentado a seguir através do Fluxograma de organização de dados.

A leitura dos dados produzidos na estratégia B, embora pontual não se diferencia do que foi pensado pelos enfermeiros da Estratégia A. Em ambas as situações, as preocupações são com o *cuff* e com os cuidados que demandam dele. No entanto, percebemos que não existe uma ordem de com cuidar destes clientes quando cada um deles vai registrando o que lembra.

Esquema 3: Organização de dados da estratégia B

Fonte: O autor, 2013

Revedo as informações que deram origem ao primeiro fluxograma da estratégia B, destacamos o que está contido no quadro 5, que indicam Teoria e Prática, criando assim o segundo esquema da estratégia B.

A sétima organização

Esquema 4: Nova organização de dados da estratégia B

Fonte: O autor, 2013

Confirmando a posição dos enfermeiros da estratégia A, os enfermeiros da estratégia B também ampliaram os cuidados e consideraram outras situações como mudança de decúbito, sinais vitais, mobilização para evitar úlcera por pressão, transporte, banho no leito, etc, são descritos como muito importantes e são destacados por enfermeiros sem especialização e com maior tempo de experiência.

No entanto, semelhante a estratégia A, o sujeito entubado aparece “fragmentado”. Não há menção a sua família, a sua totalidade conforme discutiremos a seguir. Outrora, é como se ele não existisse. Não há nenhuma referencia a ele. A implicação é saber quem é o sujeito do cuidado e qual é o objeto e natureza do cuidado de enfermagem, neste espaço UTI.

Após a exaustão na organização dos dados apresentados em tabelas, quadros e fluxogramas, definimos pelas categorias / gavetas de análise, conforme as regras sugeridas por Bardin (p.38), como:

- Homogêneas: “não mistura alho com bugalhos”;
- Objetivas: “codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais”

Desta forma, emergem três categorias de análise:

- 1) **A primeira - AÇÃO / FAZER** – empírico sobre cuidados para clientes entubados.

- 2) *A segunda* - AÇÃO / SABER-FAZER – teórico sobre cuidados para clientes entubados.
- 3) *A terceira* - AÇÃO/EMOÇÃO/SENTIR dos profissionais sobre os cuidados que prestam aos clientes entubados.

5.1. Primeira categoria: AÇÃO / FAZER (Empírico) sobre cuidados para clientes entubados

Esta categoria trata das informações contidas nas duas gavetas da estratégia A, as quais estão expressas no quadro número 4 quando listados os principais cuidados lembrados pelos enfermeiros.

Reorganizamos estes cuidados através de códigos e cores para melhor visualização e discussão de cada um dos grupos encontrados conforme apresentado a seguir.

1. Para o cuidado com o corpo (PC) – *considerados cuidados / ações de enfermagem.* ■
2. Para o cuidado com a tecnologia (PT) – *uso de equipamentos / máquinas para o desenvolvimento de uma atividade.* ■
3. Para orientação dos profissionais (PP) – *responsabilidade de execução do profissional ou conhecimento necessário.* ■

Ações	Código
1. Aspiração de vias aéreas	■
2. Elevação da cabeceira da cama	■
3. Higiene da cavidade oral	■
4. Mensuração da pressão de cuff	■
5. Cuidados com a fixação de TOT	■
6. Troca de TQT	■
7. Dieta enteral / Resíduo gástrico	■
8. Mudança de decúbito	■
9. Avaliação da evolução da secreção	■
10. Troca do umidificador / filtro bacteriostático	■
11. Redução do tempo de ventilação mecânica	■
12. Interrupção diária da sedação	■
13. Profilaxia de TEV	■
14. Higienização das mãos	■
15. Acompanhamento de exames gasométricos	■
16. Treinamento da equipe	■
17. Ausculta pulmonar	■
18. Posicionamento do circuito acima do nível do paciente	■
19. Higiene brônquica	■
20. Verificação de resíduo gástrico	■
21. Higiene do óstio	■
22. Instalar colchão pneumático	■
23. Coleta de secreção traqueal	■
24. Cuidado humanizado	■
25. Hidratação corpórea	■
26. Banho no leito	■
27. Avaliação da umidade e temperatura da ventilação	■
28. Evitar úlcera por pressão	■

Os vinte e oito cuidados listados e reorganizados pelos códigos (PC / PT / PP) e cores (azul, vermelho e verde) foram transformados no gráfico número 1, possibilitando visão e compreensão de suas posições decorrentes do número de evocações contidas em um mesmo código.

Gráfico 1: Classificação dos dados pertinentes a primeira categoria de análise

1. Para o cuidado com o corpo (PC) – *considerados cuidados / ações de enfermagem.* ■
2. Para o cuidado com a tecnologia (PT) – *uso de equipamentos / máquinas para o desenvolvimento de uma atividade.* ■
3. Para orientação dos profissionais (PP) – *responsabilidade de execução do profissional ou conhecimento necessário.* ■

Fonte: Dados da pesquisa

Assim, é possível visualizar que a posição mais frequente dos enfermeiros é de um cuidado para o corpo, quando vinte e uma evocações foram registradas. Três evocações foram para o cuidado com a tecnologia e quatro sobre orientações para os profissionais.

Os enfermeiros falam, de fato, do que estão fazendo como uma ação empírica⁷ que lhes assegura um conhecimento que está tatuado em seu corpo, em sua prática cotidiana, durante a experiência de cuidar destes clientes ao responderem imediatamente, por se tratar de algo que executam diariamente.

Neste momento vale considerar empírico como “um conhecimento baseado em fatos, descritivo e fundamentalmente voltado para o desenvolvimento de explicações teóricas e abstratas, replicável, amplamente formulado e publicamente verificável”

⁷ Que se fundamenta na observação e na experiência, seguindo métodos ou não.

(MADUREIRA, 2004, p.2). De acordo com a autora citada anteriormente (2004, p; 2), “este padrão de conhecimento é coerente com a visão tradicional de ciência predominante na maioria das áreas de conhecimento que conquistaram o reconhecimento como ciência”.

Na enfermagem, a partir da segunda metade do século XIX até a metade do século XX a prática baseada em regras, tradições e princípios era a base do saber da enfermagem. Este saber, que corresponde ao domínio de uma atividade, obtido através de longos períodos de trabalho nos hospitais, não era articulado em um todo que descrevesse o cuidado prestado e não era comunicado de forma sistemática. A partir da década de 50, nos Estados Unidos, algumas enfermeiras iniciaram o processo de teorização deste saber originado da prática. As primeiras teóricas eram enfermeiras com significativa experiência clínica e estavam preocupadas em criar programas educativos que expressassem uma perspectiva própria da Enfermagem (CESTARI, 2003, p. 36).

Mesmo aparecendo indicações significativas de que o cuidado é para o corpo, este corpo é o corpo dos sinais e sintomas que os enfermeiros identificam através da melhora ou agravamento clínico, avaliar e fazer como um comportamento profissional, como uma responsabilidade, como um compromisso para com o cliente.

Embora se preocupem com o sujeito do cuidado através do tubo, a inferência é de que como total, como holístico, como político, como familiar, como espiritual, não existe, sendo esta, provavelmente, a maior e mais significativa implicação desta categoria.

A implicação desse saber é biológica, orientado no saber médico e não naquele que interessa a enfermagem, o qual diz respeito a um saber sobre:

- Corpo: É o infragmentável corpo próprio, biológico, emocional, psicológico, cultural, político, lingüístico, social e histórico. O corpo da ciência do cuidado é entendido como o espaço mínimo que é humano-livre, humano-ativo, dono de suas próprias idéias, opiniões, valores, ambições e visão do mundo (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 425).

- Ambiente: É o contexto e o espaço interno e externo em que nascem e vivem, coexistem e convivem pessoas e coletividades. Espaço político, de ação, de praticas e de saberes, é onde se encontram pessoas que cuidam e são cuidadas (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 425).

- Cuidados de Enfermagem: Visa promover, mediante transação interpessoal, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa, a qual é o centro do cuidado de enfermagem. Ações como ouvir, tocar, auxiliar, confortar, falar, compreender e sentir o outro são fundamentais para o

desenvolvimento de um cuidado de enfermagem autêntico e de qualidade (FIGUEIREDO; VIANA, 2006, p. 407).

As implicações que podem fortalecer a preocupação com o corpo, segundo Barbier (1996, p. 105, 108 e 109), considera três níveis de abordagem como:

- Psicoafetivo: reconhecer a influencia do inconsciente individual nos dispositivos analisadores escolhidos, que fazem emergir fenômenos afetivos muito reprimidos, destinado a revelar nos ditos, por isso é preciso não destacar a via psicanalítica para entender a psicoafetiva (dos enfermeiros que cuidam) para ir mais além na comunicação;

- Histórico-existencial: que está totalmente engajado numa experiência (aqui e agora), como um acontecimento ligado a própria vida, a sua história onde a existência (dos enfermeiros) está em jogo, onde trabalha o mais profundamente possível os problemas do momento;

- Estrutural-profissional: diz respeito a atividade profissional e o seu princípio de realidade, mediados por família, religião, política, sexualidade, jogos, etc. Atividades que permitem avaliar a importância de suas dimensões e a importância do fator trabalho no sentido mais amplo do termo, envolve experiências e capacidades individuais, de sua personalidade e de suas forças e defeitos.

Quando falam desse corpo que recebe seus cuidados, os enfermeiros indicam que são específicos e elementares, conforme tabela 4.

Tabela 4: Cuidados de Enfermagem aos clientes entubados, classificados como específicos e elementares

CUIDADOS ESPECÍFICOS	ORIENTADOS: uma enfermagem especialista
	<p style="text-align: center;"> Aspiração de vias aéreas Elevação da cabeceira da cama Higiene da cavidade oral Mensuração da pressão de cuff Cuidados com a fixação de TOT / TQT Troca de TQT Dieta enteral / Resíduo gástrico Mudança de decúbito Avaliação da evolução da secreção Troca do umidificador / Troca do filtro bacteriostático Redução do tempo de ventilação mecânica Interrupção diária da sedação Profilaxia da TEV Higienização das mãos Acompanhamento de exames gasométricos </p>

	<p>Treinamento da equipe Ausculta pulmonar Posicionamento do circuito acima do nível do paciente</p>
	REVISITADOS: uma Enfermagem elementar
CUIDADOS ELEMENTARES	<p>Higiene brônquica Verificação de resíduo gástrico Higiene do óstio Instalar colchão pneumático Coleta de secreção traqueal Cuidado humanizado Hidratação corpórea Banho no leito Avaliação da umidade e temperatura da ventilação Evitar úlcera por pressão</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Deste modo é possível inferir que existe um **corpo específico** e um **elementar** e que aparece em um registro desorganizado e com muitos elementos de interesse para a prática de cuidar e para enfermagem como profissão.

Como cuidados **elementares**, os enfermeiros indicam que são aqueles para o corpo, como a higiene e aferição de sinais vitais, o que não atende a uma compreensão de sujeito total – corpo como sistema orgânico, bioquímico, fisiológico, anatômico e corpo como sistema espiritual, emocional e social.

É possível inferir que é um cuidado “quebrado”, com imensas lacunas, desorganizado, desordenado, no plano de nossa visão acerca de uma totalidade corporal.

Tal consideração leva à afirmativa de que, à medida que consideramos a orientação da Sistematização de Cuidados como uma ação científica e legal, o cuidado continua “doméstico” / empírico como indica tal categoria, apontando para uma identidade de enfermeiros encarcerados dentro do Hospital, que não saem para se qualificar, para pensar sua prática, para pensar cientificamente o que estão fazendo, para pensar o corpo como objeto-sujeito do cuidado e da investigação.

Acredita-se que o corpo que o enfermeiro pensa, seja o corpo entubado que usa o *cuff*, que não se comunica. Esta atitude consiste em um pensamento antigo, fixado nos sinais e sintomas de um corpo anatomo-fisio-biológico.

Assim, essa categoria está dentro do tempo, no qual a enfermagem passou por diferentes períodos na sua evolução desde a época primitiva, com uma prática intuitiva e empírica até dias mais atuais, em que ela pode ser entendida como uma ciência em construção.

Com base nos dados produzidos, conforme apresentado no gráfico número 1, ao pensar sobre o corpo com um *cuff*, os enfermeiros apontam cuidados com a tecnologia que está no corpo. Este corpo, o do cliente, é localizado na cabeça e pescoço, onde o *cuff* se insere como o principal indutor de intervenção de enfermagem e não há diferença deste em relação a formação.

Com especialização ou não, os enfermeiros propõem por ordem de interesse os mesmos cuidados para manter a respiração, considerando a respiração como desvio de saúde desses clientes, o conhecimento científico sobre dificuldades respiratórias são situações que envolvem o funcionamento cerebral-respiratório.

De acordo com as respostas dos enfermeiros, faz-se necessário enfatizar a importância do cuidado com o *cuff*, no entanto, não se pode esquecer de mencionar outros cuidados tão necessários para acompanhar a evolução deste cliente, para proporcionar conforto e sua permanente presença.

Para Virginia Henderson, segundo George (2000 p. 77) a “função executada pelo enfermeiro é, basicamente, uma função de independência, ou seja, agir pelo paciente, quando a este falta conhecimento, força física ou vontade de agir por si mesmo”. Tal função é “encarada como complexa e criativa, como se oferecesse oportunidades ilimitadas à aplicação das ciências físicas, biológicas e sociais, bem como ao desenvolvimento de habilidades nelas baseadas” (GEORGE, 2000, p 77). Tal fato significa que os enfermeiros acreditam na autonomia para resolver problemas instalados nos clientes e decidir sobre o que deve fazer.

Considerando os cuidados instituídos aos clientes entubados, Virginia Henderson (1988, p.18) afirma que “a função peculiar da enfermeira é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la – atividades que ele desempenharia só”.

No entanto, algumas atividades são consideradas simples, tornando-se complexas a partir da necessidade do cliente. Exemplo citado pela autora refere-se a higiene oral de um cliente enfermo: “poucas enfermeiras são capazes de executá-la com eficácia.

Para a autora citada acima, somente em situações como o coma e extrema prostração, a enfermeira deve decidir pelo cliente o que convenha a ele, ao invés de tomar a decisão com ele (o cliente) (VIRGINIA HENDERSON, 1988, p. 22). Assim mesmo, nossa reflexão é de que a família também é fundamental na decisão.

Virginia Henderson (1988, p. 22, 26 e 27) considera que toda a humanidade sente as mesmas necessidades, sendo estas satisfeitas através de uma infinidade de valores, sem analogia entre si. Assim, as catorze necessidades descritas a seguir podem ser reconhecidas também nos clientes entubados, alvo deste estudo e se os clientes estão sendo considerados em sua totalidade, o que confere a este uma idéia de todo, em todos os aspectos.

Estamos considerando as orientações de Henderson neste estudo, por que elas dizem respeito a tudo aquilo que é fundamental, básico no corpo de quem cuidamos.

Conforme já mencionado, os enfermeiros afirmam realizar uma ação/atividade que lhes assegura um conhecimento que está tatuado em seu corpo, em sua prática cotidiana, durante a experiência de cuidar destes clientes. Para isso, dizem que saber é observar, para detectar sinais e sintomas de melhora e agravamento clínico avaliar e fazer como um comportamento profissional, como uma responsabilidade, como um compromisso para com o cliente.

É uma prática de cuidar que envolve clínica e procedimentos, segurança e risco, cuidado e descuido, e que, na maioria das vezes, centra-se no *cuff*. Embora se preocupem com o sujeito do cuidado através do tubo, a inferência é de que como total, como holístico, como político, como familiar, como espiritual, não existe, sendo esta, provavelmente, a maior e mais significativa implicação desta categoria.

A atividade de cuidar é antiga e desde sua origem está voltada para a preservação da vida das pessoas, orientada por princípios Nighingaleanos (NIGHTINGALE, 1989) que mantemos nos tempos atuais por indicar que o princípio fundamental de sua ação é não colocar a vida do cliente em risco e está sempre disponível para aliviar seu sofrimento, que também é um princípio Hipocrático.

Embora estejamos discutindo sobre uma prática atual, diferente da época de Nightingale, quando não existia UTIs e tecnologias de manutenção da vida através de clientes em respiradores, o que ela nos deixou como legado, acerca do cuidado, é ainda, muito atual. Sem seu reconhecimento como cientista, mais suas posições sobre cuidado estão ancoradas em teorias deste século.

Quando os enfermeiros respondem sobre seu fazer como ação de cuidar, eles apostam em um auto-saber pautado na experiência e na repetição diária de fazer a mesma “coisa”, embora indiquem preocupações com os cuidados que fazem, com a tecnologia que usam e com seus clientes. Descrevem cuidados entendidos como **específicos**, como aquele voltados para o *cuff* e cuidados elementares, cada um deles com seus específicos elementos de significação.

Como cuidados elementares, eles indicam que são aqueles para o corpo, como a higiene e aferição de sinais vitais, o que não atende a uma compreensão de sujeito total – corpo como sistema orgânico, bioquímico, fisiológico, anatômico e corpo como sistema espiritual, emocional e social.

É possível inferir que é um cuidado “quebrado”, com imensas lacunas, desorganizado, desordenado, no plano de nossa visão acerca de uma totalidade corporal que pode levar-nos a uma afirmativa de que a medida que consideramos a orientação da Sistematização de Cuidados como uma ação científica e legal, o cuidado continua “doméstico” / empírico como indica tal categoria, apontando para uma identidade de enfermeiros encarcerados dentro do Hospital, que não saem para se qualificar, para pensar sua prática, para pensar cientificamente o que estão fazendo.

Vale destacar que precisamos considerar o contexto de condições de trabalho de cada uma delas. Tudo isso pode ampliar estrutural o motivo de não fazer a sistematização do cuidado.

No entanto, existe um lado, surpreendente nesta categoria que é a possibilidade de constatar que enfermeiros, mesmo sem especialização e que trabalham a muitos anos cuidando destes clientes, listam cuidados mais completos e complexos.

Sobre o desvio de saúde destes clientes, o conhecimento clínico é baseado em situações que envolvem o funcionamento cerebral-respiratório. De acordo com as respostas dos enfermeiros, faz-se necessário enfatizar a importância do cuidado com o *cuff*, não esquecendo de mencionar outros cuidados tão necessários para acompanhar a evolução deste cliente, com a higiene oral, a mobilização no leito, dentre outros.

Considerando os cuidados instituídos aos clientes entubados, Virginia Henderson (1988, p.18) afirma que “a função peculiar da enfermeira é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de atividades que contribuem para manter a saúde ou para recuperá-la – atividades que ele desempenharia só”.

No entanto, algumas atividades são consideradas simples, tornando-se complexas a partir da necessidade do cliente. Exemplo citado pela autora refere-se a higiene oral de um cliente enfermo: “poucas enfermeiras são capazes de executá-la com eficácia.

Para a autora citada acima, somente em situações como o coma e extrema prostração, a enfermeira deve decidir pelo cliente o que convenha a ele, ao invés de tomar a decisão com ele (o cliente) (VIRGINIA HENDERSON, 1988, p. 22). Assim mesmo, nossa reflexão é de que a família também é fundamental na decisão.

Virginia Henderson (1988, p. 22, 26 e 27) considera que toda a humanidade sente as mesmas necessidades, sendo estas satisfeitas através de uma infinidade de valores, sem analogia entre si. Assim, as catorze necessidades descritas a seguir podem ser reconhecidas também nos clientes entubados, alvo deste estudo:

- Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar por todas as vias de excreção;
- Manter boa postura ao caminhar, assentar, deitar e mudar essas posições;
- Dormir e repousar adequadamente;
- Escolher roupas adequadas, vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura corporal dentro do limite considerado normal, mediante roupas adequadas e controle da temperatura do ambiente;
- Manter-se limpo, bem cuidado, protegido;
- Evitar perigos no meio ambiente; evitar causar acidentes a outrem;
- Comunicar-se com outros, expressando suas emoções, necessidades, temores;
- Satisfazer sua necessidade religiosa, de acordo com a fé que professa;
- Trabalhar em algo que lhe proporcione um sentimento de realização;
- Divertir-se ou participar das várias formas de recreação;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e sadio.

Ao relembrar as catorze necessidades indicadas por Virginia Henderson, surpreende a identificação, por parte dos enfermeiros de algumas delas, mais especificamente *o respirar*. Provavelmente esta seja a preocupação dos enfermeiros e aparece nos principais cuidados sugeridos por eles.

O mesmo ocorre quando Henderson sugere necessidades a serem atendidas que são em número de catorze componentes do cuidado básico, como:

- Auxiliar o paciente na respiração;
- Ajudar o paciente na alimentação e ingestão de líquidos;
- Auxiliar o paciente na alimentação;
- Auxiliar o paciente a manter boa postura ao caminhar, assentar-se, deitar-se e mudar de uma posição para outra;
- Ajudar o paciente a repousar e a dormir;
- Ajudar o paciente na escolha do vestiário, no vestir-se e despir-se;
- Ajudar o paciente a manter a temperatura do corpo dentro do limite normal;
- Ajudar o paciente a não se descuidar da higiene pessoal, a manter-se bem arrumado e a proteger o tecido tegumentoso;
- Ajudar os pacientes a evitar riscos no ambiente; proteger as pessoas de quaisquer perigos em potencial que possam proceder do paciente, tais como infecção ou atos de violência;
- Ajudar o paciente a se comunicar com outros, a exteriorizar suas necessidades e sentimentos;
- Ajudar o paciente na prática de sua religião ou cumprimento da sua concepção do que seja certo ou errado;
- Ajudar o paciente a ocupar-se em algum *mister* produtivo;
- Ajudar o paciente com meios e recursos para desenvolver atividades recreacionais;
- Ajudar o paciente a aprender.

Em suma, os enfermeiros demonstram um fazer baseado em um saber (conhecimento) mesmo que empírico. No entanto, constata-se uma preocupação nítida com a função respiração e aos componentes desta, como o *cuff* por exemplo. Esta afirmação pode ser baseada no fato do cuidado em UTI estar fundamentado no conhecimento racional e positivista, o qual concerne o corpo em partes fragmentadas, em que a racionalidade parece superar a subjetividade (BACKES et al, 2012, p. 690).

5.2. Segunda categoria: A AÇÃO SABER-FAZER teórico sobre cuidados para clientes entubados em uso de cuff

Esta categoria apresenta os dados referentes aos enfermeiros que participaram da estratégia B (espaço físico). Segue a mesma orientação organizacional realizada na primeira categoria.

Procedemos a codificação e a coloração para melhor orientação e compreensão sobre o que os enfermeiros nos indicaram, conforme descrito abaixo.

1. Para o cuidado com o corpo (PC) – *considerados cuidados / ações de enfermagem.* ■
2. Para o cuidado com a tecnologia (PT) – *uso de equipamentos / máquinas para o desenvolvimento de uma atividade.* ■
3. Para orientação dos profissionais (PP) – *responsabilidade de execução do profissional ou conhecimento necessário.* ■

Ações	Código
1. Observar secreção	■
2. Fixar os tubos	■
3. Sudorese que indica lesão de parede posterior de traquéia	■
4. Traumas pelo uso do balão na traquéia anterior e posterior	■
5. Higiene oral de oito em oito horas	■
6. Usar clorexidina para higiene oral	■
7. Acredito que o filtro contribui para a prevenção da PAV	■
8. Manter o filtro acima do óstio do tubo ou da traqueostomia	■
9. Manter cabeceira elevada	■
10. O condensado ninguém tira	■
11. Só se dá conta da água balançando quando toca o alarme do respirador	■
12. Às vezes o filtro está sujo e não ocorre a troca	■
13. Monitorizar o resíduo gástrico	■
14. Utilizar sonda própria para casos de hiperextensão por resíduo	■
15. Paciente com risco de broncoaspiração, passar sonda com dupla função antes da ocorrência	■
16. A monitorização da pressão do cuff é realizada pelos fisioterapeutas	■
17. Baixa frequência de monitorização da pressão de cuff	■
18. Enfermeiros não monitoram a pressão de cuff	■
19. Ajustar o alarme	■
20. O tubo não pode ficar torto	■
21. Que é preciso medir cuff (ficar no 20)	■
22. Tubos ruins causam lesão	■
23. Mobilização para higiene pode lesionar	■
24. Fixadores lesam lábios superiores	■
25. Que pode ter lesões de parede posterior da traquéia que são piores que a traqueomalácia	■
26. No desmame ele mostra um quadro diferente. Ele pode fazer edema agudo de pulmão porque a lesão é na parte posterior	■
27. A traqueomalácia é na parede anterior e o que precisamos saber é que ela causa um tipo de obstrução	■
28. Só consegue ver a lesão posterior com broncoscopia, isso provoca sintomas	■
29. Frequentes mudanças de decúbito cai a pressão de cuff	■
30. Banho no leito também mexe com o cuff e procurar a melhor técnica que mobilize o menos o cliente	■
31. Existem novas intenções para o doente em terapia intensiva quando queremos que ele tenha atividade, que retorne a atividade normal	■

32. É preciso saber a condição de base do doente; o histórico do doente, como chegou até ali	
33. Saber da importância que o cuidado é contínuo pela permanente monitorização durante vinte e quatro horas e não apenas a noite quando não existem fisioterapeutas	
34. É preciso definir o que faz a equipe interdisciplinar; o enfermeiro já sabe o que ele tem que fazer	
35. Precisamos pesquisar sobre fadiga de alarmes quando temos pensado sobre o trabalho de Enfermagem quando falamos dos aspectos dos ventiladores	
36. Fixação do tubo	
37. Posição absolutamente reta da traqueostomia	
38. Fazer ações preventivas	
39. Saber mobilizar o cliente (no transporte e no banho)	
40. Colocar em zero grau	
41. Não posso levantar a cabeça (DPOC), ele tem alto risco de PAV	
42. Saber se ele é de cuidado paliativo por que não faz PAV	
43. Tubo de aspiração subglótica deve ser utilizado em pacientes que ficaram mais de três dias entubado	
44. Muitos trabalhos apontam o tubo de aspiração subglótica na redução de PAV	
45. Lesões causadas pelo uso do tubo de aspiração subglótica / pressão excessiva	
46. Não havendo condições de controle da pressão exercida durante a aspiração, proceder a aspiração de oito em oito horas por oito segundo	
47. A higiene oral deve ser realizada com clorexidina duas vezes por dia, procedendo a escovação dentária;	
48. A literatura preconiza que a higiene oral seja feita quatro vezes por dia	
49. Não utilizar solução alcoólica nunca	
50. Uso de clorexidina por sete dias para higiene oral	
51. Escova de dente precisa ser descartável	
52. Não há tempo fechado para a troca das escovas de dente	
53. Sistema fechado é superior ao sistema aberto para aspiração de vias aéreas	
54. Não há evidência de que o sistema fechado de aspiração reduz a pneumonia associada a ventilação mecânica	
55. Uso do filtro hidrofóbico para umidificação	
56. Se paciente apresentar sangramento ou hipotermia não usar filtro. Usar umidificador	
57. O filtro seria a melhor escolha pois não junta o condensado	
58. O filtro tem que estar acima do óstio do tubo ou da traqueostomia	
59. Em quatro horas o filtro já está colonizado	
60. A nebulização só deve ser realizada quando a droga não há possibilidade de fazer em aerossol	
61. Paciente que é transportado faz mais pneumonia	
62. Manter cabeceira elevada	
63. Uso de camas cinéticas diminuem PAV	
64. Extubação deve ocorrer o mais precocemente possível	
65. Importância do desmame precoce	
66. O doente tem que ter uma sedação mínima ou ausência de sedação, forte analgesia para que o diafragma possa trabalhar o tempo todo	
67. Pacientes que ficam muito tempo em ventilação controlada, são pacientes que não trabalham o diafragma e com isso fazem mais pneumonia	
68 O ideal é que o paciente assista às ventilações	
69. Monitorizar o resíduo gástrico não diminui a PAV	
70. A monitorização do resíduo gástrico causa desnutrição	
71. Paciente desnutrido faz PAV	
72. Há protocolo clínico de paciente hiperextenso por resíduo	
73. A sonda pós-pilórica não garante que não haverá broncoaspiração	
74. Sonda pós-pilórica induz feedback contrário, aumentando o resíduo gástrico	

75. Uso de sonda com dupla função: drenagem e alimentação	■
76. Alimentação enteral no estômago	■
77. Entubação oral preferível a entubação nasal	■
78. Quatro horas após a entubação o tubo já estará colonizado	■
79. Não instilar soro dentro do tubo para aspirar	■
80. Aferir resíduo gástrico	■
81. 80% dos alarmes dos ventiladores são respondidos pelos técnicos de Enfermagem	■
82. Precisamos nos preocupar com a PAV precoce	■
83. PAV tardia acontecerá em algum momento	■
84. Baixa mortalidade na PAV tardia	■
85. Paciente se mexendo, mobiliza mais a traquéia contra o cuff	■
86. Cuff bom irá esvaziar	■
87. Quanto mais tempo o paciente ficar no tubo, menos capacidade de segurar a pressão adequada na válvula	■
88. Se paciente assiste muito durante ventilação mecânica, ocorrerá o enchimento da traquéia	■
89. No momento que retira a seringa para encher o cuff, a pressão cai	■

Como já mencionado, as 89 indicações sobre implicações do saber para fazer estão distribuídas em corpo, tecnologia e profissionais. Estas foram organizadas no gráfico número 2, possibilitando visão e compreensão de suas posições decorrentes do número de evocações contidas em um mesmo código.

Gráfico 2: Classificação dos dados pertinentes a segunda categoria de análise

1. Para o cuidado com o corpo (PC) – *considerados cuidados / ações de enfermagem.* ■
2. Para o cuidado com a tecnologia (PT) – *uso de equipamentos / máquinas para o desenvolvimento de uma atividade.* ■
3. Para orientação dos profissionais (PP) – *responsabilidade de execução do profissional ou conhecimento necessário.* ■

Fonte: Dados da pesquisa

Nesta categoria foi possível perceber o destaque dados pelos enfermeiros participantes às questões referentes à responsabilidade de execução do profissional ou conhecimento necessário (65 evocações), pautadas no saber da enfermagem, estando estes marcados pelas ações de fazer e voltados para a intenção de cuidar do cliente com *cuff*.

É possível visualizar que a implicação para fazer um cuidado exige um saber que é o teórico e prático dos enfermeiros quando cuidam de clientes entubados, segundo afirmações dos enfermeiros participantes da Estratégia B.

Ao iniciar a discussão dessa categoria sobre o SABER - FAZER, temos a crença de que é preciso começar por aquilo que entendemos como conhecimento advindo da teoria e da ciência.

Na leitura e na experiência vivida com os enfermeiros para produção destes dados, antes de teorizar sobre os achados, foi preciso analisar as perguntas realizadas, o tempo para produção de dados e o próprio desafio de ser enfermeiro neste século com tantas tecnologias a serem controladas por eles, para compreender o motivo de suas respostas.

Neste contexto, também consideramos e compreendemos que o exercício de cuidar de clientes críticos exige muita agilidade física e mental, o que por vezes pode distorcer o olhar do pesquisador para o entendimento de que as afirmações dos enfermeiros, em algumas circunstâncias, refletem um “saber não-teórico”. Contudo, inferimos que ele (o saber teórico) veicula no mapa mental dos enfermeiros, captados através das leituras exaustivas dos dados.

Tal afirmação pode ser corroborada por Almeida e Rocha (1989, p. 86) que ao estudarem a evolução do saber da enfermagem, apontaram as técnicas de enfermagem como as primeiras expressões deste saber, que foram seguidas com a absorção do conhecimento dos princípios científicos e das teorias surgidas temporariamente.

Segundo Almeida e Rocha (1989, p. 86 e 87), em 1989, a enfermagem pensava por etapas distribuídas que se misturava com a busca por um enfoque técnico e científico, através da utilização do método científico para o planejamento da assistência, bem como pela formulação de concepções teóricas que dessem conta da complexidade que envolve o cuidado.

Devemos entender complexidade como o termo utilizado para designar o nível crítico do cliente, sua condição relacionada com a prática de cuidar. Deriva-se da palavra *plexus* que significa entrelaçado, que foi tecido em conjunto. Deve ser aplicado para qualquer cliente, pois tratando-se de corpo holístico, o cliente é feito em conjunto com a

mente, alma e biológico, o que lhe confere emoções, subjetividade e desejo (FIGUEIREDO et al, 2009, p.85). No entanto, o que tem sido visto é algo completamente diferente.

Sabe-se que a prestação de um cuidado de enfermagem fundamentado no conhecimento tem sido uma exigência, confirmando a afirmação de que a enfermagem é uma ciência em construção, porém, este deve, além de complementar o olhar clínico e os procedimentos de cura do corpo, permitir que o cliente adquira autoconfiança, autoestima, segurança e autonomia (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 136-137).

Cuidar é estabelecer relações intersubjetivas, sustentadas no respeito, na tolerância, solidariedade. É aproximar-se e estabelecer contato com a pessoa cuidada, precisa escutar, estar presente, inteiro e disponível e não ter medo de correr riscos (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 137).

Conforme já mencionado anteriormente, para a execução deste cuidado necessita-se de um saber, de conhecimento. Bendassoli (2001) afirma que o conhecimento médico - científico cria um tipo muito particular de corpo, cujas principais características são a sua fragmentação em pedaços ou peças, como órgãos e tecidos.

Tal princípio cartesiano ainda é encontrado na prática profissional em instituições hospitalares, onde o cuidado está voltado para o corpo anatômico, doente e sob intervenção de procedimentos invasivos por parte de uma equipe multidisciplinar.

Neste contexto e considerando o cliente em uso de *cuff*, pensar no corpo que respira é dar oportunidade para ampliar um conhecimento aprendido de forma parcelada quando se quer falar de corpo inteiro. Olhar o corpo como de um sujeito pensante, nos parece estranho, devido ao hábito de se pensar o corpo biológico repartido (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 313).

De acordo com Figueiredo et al (2009, p. 32),

“Cuidar do outro é como tecer um projeto de saber-fazer e isso exige a busca de critérios para classificar e resolver problemas, por isso, aqueles que cuidam estão sempre tentando encontrar formas mais racionais e humanas que direcionem seu cuidado na compreensão do outro”.

Assim, infere-se que as ações do saber-fazer dos enfermeiros quando se trata dos cuidados aos clientes entubados estão centralizadas em aspectos teóricos e práticos, conforme apresentado na figura a seguir:

Imagem 2: Sobre o saber-fazer, segundo os enfermeiros participantes da estratégia B

Fonte: O autor, 2013

Com base na figura exposta, entende-se que os enfermeiros destacam cinco cuidados para os clientes em uso de *cuff*. Porém, nesta “teia de cuidados” surgem outras ações executados pelos enfermeiros na sua prática diária. Cabe mencionar que tais cuidados estão pautados na literatura já apresentada neste estudo e que corroboram com os cuidados apontados pelos enfermeiros participantes da estratégia A (apresentados na categoria anterior).

Mesmo considerando o que tem sido comum em nossas escritas sobre a afirmação de que fazer dos enfermeiros apresenta enfoque em condutas técnicas marcadas por um saber biomédico, inferimos que eles “não estão parados”, existindo um movimento para pensar sua prática como científica.

Acredita-se que os enfermeiros sabem clínica e fisiologicamente sobre respostas do corpo ao ser submetido a tratamentos invasivos (uso do *cuff*). No entanto, não identifica-se claramente, outros conhecimentos que envolvem fundamentos do cuidado, filosofia sobre a existência de um “corpo total” e de sua espiritualidade.

Considera-se que os cuidados apresentados nesta categoria não são cuidados para o corpo que usa o *cuff*, mas o *cuff* no corpo de alguém, aparentemente sem identificação à medida que a enfermagem ainda mostra-se como uma enfermagem biomédica, centrada na biofisiologia do corpo sem considerar aspectos como subjetividade, espiritualidade, sexualidade, seus afetos e desafetos e sua história (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 404)

Figueiredo et al (1998, p. 447), afirmam que devemos entender o cuidado como o lugar da ação de pensar a complexidade; é poder trabalhar com o insignificante e o vago e aceitar a ambigüidade nas relações sujeito / receptor do cuidado, ordem / desordem, auto-hetero organização. Exige o reconhecimento de fenômenos como liberdade e criatividade. Temas inexplicáveis fora do quadro complexo e único que permite seu aparecimento, principalmente, diríamos hoje, nas condições de alta complexidade

Para Leopardi (1999, p. 10 e 11), o saber da enfermagem é analisado em bases pragmáticas e empíricas, pela busca de sua possibilidade do uso de tecnologias para realização de seu cuidado, entendido como trabalho, que ainda necessitam de investigação, resultados previsíveis e avaliáveis. É nesse sentido que parece que estamos caminhando.

Espírito Santo e Porto (2006, p. 52 e 53), consideram que:

“o desenvolvimento de teorias representa uma tentativa de ampliação ou renovação do conhecimento, como um saber específico para a enfermagem. Porém, a proposição de conceitos e modelos que explicitam valores das teorias, visando responder às questões para além do cuidado corporal que constitui um modo de gerar conflitos entre o novo e o velho porque aponta para questionamentos sobre os limites do conhecimento de enfermagem, das suas origens, das teorias científicas gerais que lhe servem de base e, até mesmo dos critérios de validação do conhecimento desenvolvido”.

As implicações desta categoria, segundo os enfermeiros da Estratégia B, são clínicas, o que implica saber, conhecer a natureza da doença e os sinais e sintomas. Implicações com esse saber para fazer e implicações de ações e atos intermediadas pelos sentimentos emocionais dos enfermeiros que aparecem nos registros.

Neste sentido, cabe considerar que a palavra clínica vem do grego *klino* e significa o que se refere ao leito. Tal modelo ainda configura o modelo de formação do enfermeiro.

No entanto, devemos considerar que o saber/fazer na enfermagem deve considerar dois aspectos: um que envolve a dimensão objetiva das ações instrumentais, e o outro, a subjetiva, referente à vivência e as expressões afetivas no cuidado (TEIXEIRA, 2004, p. 364).

Deste modo, durante a sua prática diária, acreditamos que os enfermeiros executam e percebem os sinais captados pelos sentidos (por exemplo: inspeção, palpação, percussão e ausculta), porém não é claro a “observação” da associação existente entre estes sinais e sintomas corporais com a vivência do sujeito em seu contexto social e cultural.

Assim, inferimos que os enfermeiros não se esquivam de um saber, de um cuidado, apresentando uma “aparente” estrutura de conhecimento, confirmando a sua corporificação em nível técnico-instrumental, porém não avançam naquilo que completa a complexidade de um cuidado, precisando desenvolver:

- relações sociais específicas;
- conhecimento de importância do corpo físico, anatômico, biológico, psicológico, espiritual;
- da comunicação de um corpo que fala ou que apenas se expressa;
- de necessidades e desejos;
- de cuidados não só de higiene, mas de conforto físico-espiritual;

- da família;
- do ambiente do cuidado e de suas implicações.

Para que esta complexidade do cuidado possa ser alcançada, é importante a reflexão sobre os aspectos objetivos e subjetivos existentes nas atividades da enfermagem. O cuidado instrumental engloba as intervenções sobre o corpo como administração de medicamentos, realização de curativos, higiene, dentre outros de cunho técnico. O cuidado expressivo refere-se ao aspecto psicossocial, relacionamento e sensibilidade (WATSON, 1979).

Em se tratando do cuidado em UTI, sabe-se que atualmente, mais do que no passado, tem sido balizado pela utilização de novas tecnologias, abrindo novos horizontes e novas perspectivas para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que cuidam e assegurar a qualidade da assistência e do cuidado de enfermagem (SILVA et al, 2009, p. 211).

A visão tecnológica significa unir os conhecimentos científicos à técnica, com o intuito de proporcionar um cuidado tecnológico ao cliente. Os profissionais que trabalham nesse setor são os responsáveis pela qualidade dos cuidados prestados, o que faz com que se sintam satisfeitos e valorizados (SALOMÉ et al, 2008, p. 297). Neste estudo, tal fato foi confirmado à medida que nenhum enfermeiro registrou algum tipo de insatisfação ou infelicidade.

O conhecimento científico se objetiva no cuidado, possibilitando uma interação efetiva com o cliente, uma vez que a experiência e o saber se constituem como formas de se aproximar do outro que precisa de cuidado. Os profissionais devem possuir habilidades para observar os clientes através dessas máquinas e proceder avaliações diagnósticas necessitando apresentar múltiplas facetas, no intuito de ser capaz de atender às necessidades requeridas para este tipo de cuidado, que é diferenciado (SILVA; FERREIRA, 2009, p. 494 e 405).

Neste ínterim, o estudo de Bastos (2002, p.134) aponta que a tecnologia “é considerada como algo importante, mas seu uso não pressupõe, necessariamente, uma assistência de boa qualidade, podendo, às vezes, ser utilizada de forma indiscriminada”. Para o trabalho da enfermagem, a tecnologia facilita, valorizando-o, sendo entendido como elemento de valorização à medida que o enfermeiro desenvolve habilidades específicas para o domínio dela (BASTOS, 2002, p. 134).

Portanto, é fundamental que o enfermeiro detenha conhecimento em relação às máquinas, aos aspectos fisiopatológicos da doença em curso, assim como sobre a semiologia que o possibilite estabelecer as interfaces entre os sinais e sintomas referidos ou apresentados pelos clientes, com as informações provenientes das máquinas e as manifestações clínicas da doença, aliando-os aos elementos fundamentais do cuidado de enfermagem, que incluem o toque, a audição e a observação (SILVA E FERREIRA, 2009, p. 494).

Com relação ao saber do enfermeiro que trabalha em Terapia Intensiva, aliado a utilização do aparato tecnológico, Bastos (2002, p. 135), afirma que este profissional “desempenha um papel capaz de vencer, de dominar a morte, por meio de um saber tecnológico que lhes confere poder, status e prestígio mas que, ao mesmo tempo, encobre seus medos e tensões” (BASTOS, 2002, p. 135).

Deve-se pensar que o cuidado aqui mencionado refere-se a um cliente internado em uma unidade terapia intensiva, com uma maior exigência de quantificação de profissionais e qualificação dos mesmos. Além disso, em virtude da gravidade e da dependência clínica, estes clientes demandam atenção do enfermeiro para suprir suas necessidades emocionais, bem como a de seus familiares.

Há uma demanda de conhecimentos dos profissionais de enfermagem, muitas vezes não adquirida no âmbito acadêmico. Permeia pelo trabalho da enfermagem as questões referentes a segurança do paciente, normas padronizadas pelas instituições, adesão a protocolos, dentre outros, além de todo aparato tecnológico utilizado no cuidado a estes clientes.

Além do cuidado direto ao cliente crítico internado em uma UTI, cabe a enfermagem as atividades de coordenação, acompanhamento, intervenção e provimento de materiais. Assim, o conhecimento desta equipe deve ultrapassar àquele requerido pela tecnologia, já que é responsável pelo antes, durante e após uma situação instalada (FIGUEIREDO et al 2009, 36).

Todos estes fatores associados exigem do profissional enfermeiro um preparo mais amplo e complexo no que tange a assistência ao cliente em uso de *cuff*.

Esta afirmação foi possível ser constatada durante a produção de dados proveniente do encontro com enfermeiros (Estratégia B), sendo possível a discussão de diversos assuntos, os quais podemos destacar: o dimensionamento de pessoal, elaboração de

bundles de cuidados, qualidade dos materiais utilizados e conhecimentos básicos necessários para a prestação deste cuidado.

Neste contexto, Figueiredo e Machado (2009, p. 396) afirmam que tais dificuldades são próprias do saber/poder dos enfermeiros, a partir de um conjunto de saberes adquiridos ao longo do tempo. Considera-se também o processo de trabalho racional e técnico, caracterizado pelo princípio da separação entre planejamento e execução, comum no cenário da enfermagem. Muitas vezes, o que se observa é que quem pensa a ação não a executa e vice-versa.

De forma crítica, considera-se que, com base nos dados apresentados nesta categoria, o aspecto objetivo, técnico sobressai diante do aspecto psicossocial. Tal fato pode ser corroborado pela afirmação de Figueiredo e Machado (2009, p. 395) sobre a busca dos enfermeiros em ampliar-se como micro-organizações dentro das instituições hospitalares em relação ao saber-fazer, por meio de sociedades específicas, porém, esse saber é construído deslocado dos conteúdos das ciências humanas. Contudo, acredita-se que os enfermeiros desse estudo estão em busca de ordenar os cuidados para os clientes entubados, à medida que uma posição consensual sobre estes foi apontada e destacada.

Precisa-se compreender que o corpo do cliente é biológico e pulsional, intrínseco a pessoa, estando envolvidos neste cuidado componentes como a emoção e a mente. Há necessidade de unir aquilo que é separado (o corpo), a fim de compreender a multidimensionalidade e a singularidade do sujeito do cuidado (BACKES et al, 2012, p. 690).

Desta forma, o desafio em produzir conhecimento para sustentar a prática de enfermagem como ciência configura-se em incluir no nosso saber-fazer elementos novos para a noção de:

- causalidade do mal estar (doença), deslocando seu eixo de agentes patogênicos que desviam a saúde (bem-estar);
- pensar na idéia de que doença ou saúde tem multicausas;
- reconhecer que fatores relacionados a ecologia, política, espiritualidade, economia, desenvolvimento industrial, tecnologias e relações humanas podem influenciar nos processos de viver, adoecer ou ter saúde.

5.3. Terceira categoria – AÇÃO / SENTIR dos profissionais sobre cuidados que prestam aos clientes entubados

Nesta categoria apresenta-se os dados obtidos através das estratégias B (espaço físico) no que tange o lado emocional dos profissionais que cuidam de clientes entubados. Tal fato foi facilitado pela possibilidade, conforme já descrito, de maior interação com o grupo e discussão de variados temas no que concerne à prestação de cuidados aos clientes em uso de *cuff*.

Assim como nas categorias anteriores, recorreu-se à coloração visando melhor orientação sobre o que os enfermeiros nos indicam.

Os dados foram organizados a partir de três indicações:

- Sentimentos sobre sua prática - *auto-avaliação da sua prática diária*; ■
- Sentimentos relativos aos clientes - *preocupação em não causar dano ao cliente*; ■
- Sentimentos em relação aos outros profissionais; ■

Ações	Códigos
1. Angústia em machucar, amassar, provocar úlceras	
2. Se descobre nunca pensando no que poderia provocar esses movimentos	
3. Fixação do tubo e suas conseqüências (nunca parei para pensar nisso)	
4. Nos procedimentos, passamos a nos questionar sobre nosso papel, o papel da equipe na monitorização, como podemos cuidar juntos, como prevenir pneumonias	
5. Ainda não conseguimos sobre a pressão do cuff	
6. Medimos a pressão (podemos fazer isso), mas estamos sendo substituídos por fisioterapeutas (que só trabalham durante o dia); durante a noite somos nós	
7. Desconfia-se do fazer a higiene oral	
8. Escala e entendimento da equipe dificulta a realização da higiene oral	
9. Difícil realizar a higiene oral do paciente entubado quatro vezes por dia	
10. Fazer higiene oral do paciente não é tão simples assim	
11. A forma correta como a higiene oral deve ser realizada fica aquém do que realmente	
12. Número reduzido de Enfermeiros.	
13. Enfermeiros precisam “chamar” para si a responsabilidade;	
14. Necessidade de decisão imediata	
15. O médico não responde a alarme em hipótese alguma	
16. Foge do alarme porque não sabem o que fazer	
17. Preocupação com a monitorização da pressão de cuff	
18. Acho que em algum momento vai ter um trabalho afirmando que monitorizar o resíduo gástrico favorece o aparecimento de PAV	
19. Fico surpreendida	

Conforme descrito anteriormente, as dezenove indicações sobre o sentir dos enfermeiros participantes do estudo foram distribuídas em prática, cliente e outros profissionais. Estas evocações foram transformadas no gráfico número 3, apresentado a seguir.

Gráfico 3: Classificação dos dados pertinentes a terceira categoria de análise

- Sentimentos sobre sua prática - *auto-avaliação da sua prática diária*; ■
- Sentimentos relativos aos clientes - *preocupação em não causar dano ao cliente*; ■
- Sentimentos em relação aos outros profissionais; ■

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da análise do gráfico, é possível afirmar que os enfermeiros preocupam-se com a sua prática diária, partindo-se do pressuposto que esta foi a evocação de maior frequência.

Ao considerar que a menção a sua prática significava uma auto-avaliação da mesma, é possível inferir que os enfermeiros estão em constante busca pela melhoria dos cuidados prestados aos clientes.

Desta forma, essa categoria está voltada para o que os enfermeiros (estratégia B) nos dizem sobre suas práticas e implicações, marcadas por sentimentos e modo de pensar sobre a sua prática, sobre eles mesmos, sobre o cliente e sobre os outros.

Os enfermeiros falam sobre suas angústias veiculadas no trabalho e nas relações com os outros profissionais integrantes da equipe multidisciplinar. Mencionam descobertas e possibilidade de reflexões sobre a prática executada durante a prestação de cuidados aos

clientes em uso de *cuff*; do fato de não parar para pensar; das conseqüências de suas práticas de cuidar do *cuff*; de não saber dos procedimentos; de não questionar; da realização de suas tarefas por outros profissionais (como a avaliação da pressão de *cuff* pela equipe de fisioterapeutas); do processo de trabalho que é reviver; da desconfiança de seu próprio trabalho; de sua prática que não é tão simples de fazer; do número reduzido de enfermeiros para dar conta do cuidado; da necessidade de ser responsável; de uma prática que é vergonhosa; dos alarmes que não sabem o que fazer com eles e, por isso, fogem; de preocupações com o *cuff*; de sua própria surpresa sobre o que faz.

Esses sentimentos (diferente de angústia) presentes na fala dos enfermeiros desse estudo, indicam o que já foi afirmado nas duas categorias anteriores:

- a) saber / fazer empírico;
- b) saber / fazer cheio de sentimentos e reflexões

Ambas apontam para a qualidade de viver e trabalhar, o qual exige habilidades psicomotoras, desenvolvimento de técnicas e busca de conhecimento científico para ofertar segurança aos clientes que cuidam.

Cabe considerar que muitas vezes nós, profissionais de saúde, não nos damos conta de que esses sentimentos referentes à prática do cuidar, podem influenciar os corpos sob nossos cuidados (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 458).

Cuidar de pessoas implica refletir sobre a sua própria experiência e sentimentos. Envolve uma ação interativa e que requer o exercício de projetar-se no lugar do outro, de interessar-se pelo outro, tornar-se sensível a seu sofrimento (PERBONE; CARVALHO, 2011, p. 344). Consideramos, portanto, que a preocupação com o outro é um forma de compromisso com o fato de estar no mundo.

Os dados nos mostram claramente que existe uma justificativa que é do próprio tipo de trabalho e do modo de vida dos enfermeiros, dificultando o “encontro” entre os enfermeiros, bem como entre eles e seus clientes e / ou com os outros da equipe.

Além de desenvolverem relações afetivas com aqueles a quem cuidam, os enfermeiros precisam conviver com as mediações impostas pela profissionalização do cuidado, como por exemplo, tarefas, regras, transferências, alimentam as tensões e ambigüidades relativas à tênue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda aos clientes e seus familiares, exacerbando a ansiedade ou estimulando-os à racionalização por meio do distanciamento emocional (FELICIANO et al, 2005, p. 325).

Numa perspectiva de resgate da dimensão humana, MERLEAU PONTY IN: POLAK (1997, p. 126), diz que o processo de construção do conhecimento como movimento dinâmico nas dimensões do espaço-tempo, exige sair de si mesmo e retirar o outro que está em você. Isto porque o cuidado se dá em uma situação de encontro. É projetar-se na direção e ao mundo, com respeito e competência, sobre o sujeito que tem uma natureza física e mental, com sensibilidade e solidariedade.

Diante das falas dos enfermeiros analisadas e classificadas como auto-avaliação da sua prática diária, acreditamos que ainda existe a influência da figura da enfermeira como a detentora de todo o processo de trabalho institucional como, responsável pelo provimento e controle de materiais, medicamentos, exames, alimentação, registros, consertos e reparos, admissão e alta de cliente, escala de trabalho e etc.

E mais, o modelo religioso ainda incorporado à prática da enfermagem, prejudica a autonomia gerencial do enfermeiro à medida que o torna sujeito com dificuldades de questionar baixos salários, precárias condições ambientais, extensas cargas horárias, falta de recursos materiais (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 398).

Como fator contribuinte, o funcionamento das instituições pode ser comparado ao de uma engrenagem de uma máquina, onde seus comportamentos e desempenhos são automatizados e realizados por meio de tarefas padronizadas, visando a economia de movimento, tempo e por que não dizer, custos (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 397).

Apesar de não ter sido a evocação mais prevalente, cabe analisarmos os sentimentos referidos quanto à prática de outros profissionais, dentre eles médicos e fisioterapeutas. Torna-se imprescindível a reflexão quanto ao trabalho multidisciplinar, já que os enfermeiros descrevem um cuidado “solitário” junto ao paciente crítico, em alguns momentos.

Ao mencionarem os problemas quanto a responsabilidade pela monitorização do *cuff*, bem como ao atendimento aos alarmes do respirador mecânico, apontam para a necessidade de novas investigações sobre o assunto.

Essas formas humanas de viver, de pensar sobre si mesmos e sobre os outros estão nas ações dos enfermeiros, nos seus processos de cuidar, em suas reflexões e na construção continua de ser enfermeiro, isto por que seu trabalho não acontece fora do encontro com o outro, seja o cliente ou colegas de trabalho conforme afirmado anteriormente.

Há uma constante preocupação com o cliente que cuida, na importância de sua presença, que acontece, em seus discursos, quando cuidam do *cuff*. Sua presença se estabelece no ato de tocar, sendo um permanente fazer com as mãos que caminha para expressão dos sentidos.

Este olhar voltado à reflexão de sua prática pode ser corroborada com a afirmação de que, atualmente, o foco principal da avaliação do cliente quanto a assistência prestada não costuma ser a parte técnica mas sim a humana, estando a enfermagem preocupada em equilibrar a prática profissional entre as exigências institucionais, a competência técnico – científica e as necessidades do cliente (RIBEIRO; PEDRÃO, 2005, P.312).

Sendo assim, os achados nesta categoria enveredam para o lado crítico/questionador do profissional enfermeiro diante de suas atividades diárias, à medida que afirmaram haver surpresa quanto a determinados assuntos, que há dificuldade para a realização de alguns cuidados, bem como a necessidade de responsabilizar-se por algumas atitudes, os enfermeiros apontam para um lado maduro e necessário para o crescimento de qualquer profissão.

Neste ínterim, cabem considerações e reflexões a cerca da preocupação com o dimensionamento de pessoal na área da saúde, em especial, na enfermagem uma vez que os enfermeiros apontam para a necessidade de melhorias e readaptações nas UTIs, bem como quantidade e qualidade de materiais utilizados, etc.

Assim, nos perguntamos: Como prestar um cuidado de Enfermagem pautado nas afirmações referidas, de qualidade quando um único enfermeiro precisa cuidar de dez pacientes críticos? Como colocar em prática a Sistematização dos Cuidados de Enfermagem? Sem dúvida, estas são situações que necessitam de mais estudos e discussões

Assim, ao final das discussões e implicações das três categorias, chega-se a conclusão que mais uma exaustividade sobre os dados produzidos pelos enfermeiros das estratégias A e B finalizaria esta etapa à medida que os dados apresentados nos gráficos a seguir, mostram a posição dos enfermeiros sobre o SABER, FAZER, e SENTIR, naquilo que entendem como ações de cuidar de clientes entubados, construídos através dos dados produzidos.

a) A posição dos enfermeiros sobre os cuidados com o cuff

Gráfico 4: A posição dos enfermeiros sobre os cuidados com o cuff, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre cuidados com os clientes em uso de cuff, a posição dos enfermeiros traz como importantes o saber (64%), seguido do fazer (26%). Todavia, estes profissionais não esquecem da existência de um “sentir” quando cuidam (11%).

Considera-se que, ao se referir sobre o cuidado com o *cuff*, o saber é prevalente devido a não execução destes na prática diária do enfermeiro, fato já abordado neste estudo.

b) A posição dos enfermeiros sobre a aspiração de vias aéreas

Gráfico 5: A posição dos enfermeiros sobre aspiração de vias aéreas, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a aspiração de vias aéreas, os enfermeiros apontam o saber (57%) como prevalente, seguido do fazer (43%). Os números demonstram, no entanto, uma proximidade entre o saber e o fazer. Diferente do cuidado com o *cuff*, a literatura aponta questões exequíveis na prática do enfermeiro.

Cabe considerar que os enfermeiros não mencionaram questões relacionadas a sentimentos visto ser a aspiração de vias aéreas um procedimento aparentemente incomodo e não isento de riscos para o cliente entubado.

c) A posição dos enfermeiros sobre a higiene oral

Gráfico 6: A posição dos enfermeiros sobre higiene oral, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B

Fonte: Dados da pesquisa

Para os enfermeiros, a higiene oral constitui-se por um ato de saber (50%), seguido, por um sentir (31%) prevalente ao fazer (19%). Tal posição sugere, assim como nos cuidados com o *cuff*, um distanciamento entre o saber e o fazer.

Considerando a higiene oral como um cuidado fundamental para o cliente entubado, é possível inferir que a execução das recomendações descritas na literatura apresenta um dificultador diante de fatores como número reduzido de profissionais de enfermagem e real entendimento desta equipe sobre a importância de realização do mesmo. Tal fato pode ser corroborado pela presença de sentimentos nas falas dos enfermeiros sobre o assunto.

d) A posição dos enfermeiros sobre a elevação da cabeceira

Gráfico 7: A posição dos enfermeiros sobre elevação da cabeceira da cama, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B.

Fonte: Dados da pesquisa

A posição dos enfermeiros sobre a elevação da cabeceira está baseada no fazer (67%), seguido pelo saber (33%). Neste caso, o fazer predomina sobre o saber, talvez por ser este um cuidado cotidiano da enfermagem mesmo para pacientes que não estão entubados.

e) A posição dos enfermeiros sobre mudança de decúbito

Gráfico 8: A posição dos enfermeiros sobre mudança de decúbito, a partir dos dados produzidos nas estratégias A e B

Fonte: Dados da pesquisa

Para os enfermeiros, a mudança de decúbito constitui-se em sua totalidade em um ato de fazer. Tal posição pode ser justificada pelo fato de que este é um cuidado de enfermagem elementar no que tange a prevenção de úlcera por pressão, situação infelizmente comum para os clientes acamados e fruto do trabalho da equipe de enfermagem.

Em suma, através destes gráficos é possível inferir, de uma maneira geral, que houve um equilíbrio entre o fazer e o saber na posição dos enfermeiros referentes aos principais cuidados de enfermagem apontados pelos mesmos para os clientes entubados.

No entanto, ao analisar separadamente cada cuidado apontado, percebe-se um distanciamento entre o saber e o fazer, apontando para um saber-fazer empírico já discutido anteriormente.

CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS

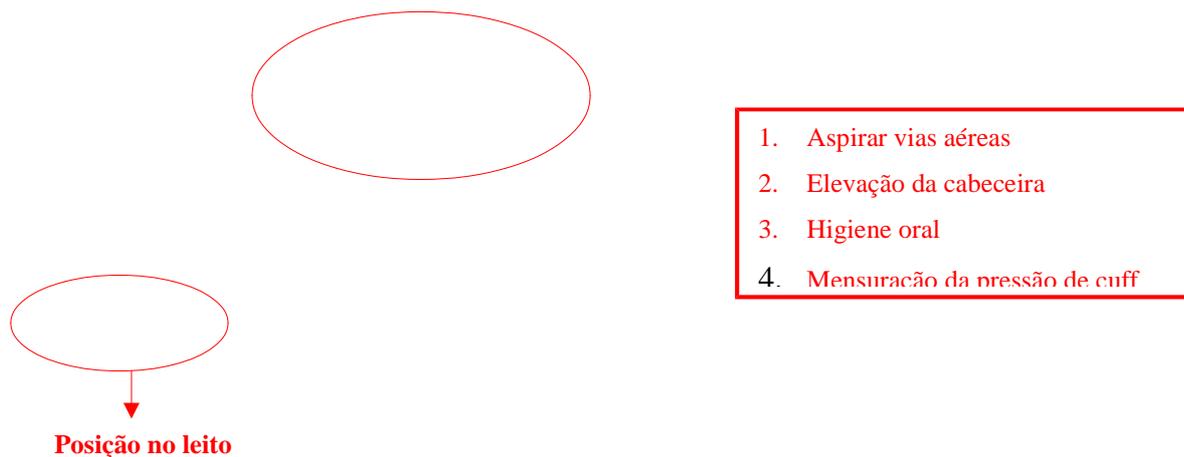
Voltando às gavetas mostradas através de fluxograma para encontrar a posição dos enfermeiros sobre seu saber/fazer quando cuidam de clientes em uso de *cuff*, e estas provocaram em nós reflexões e perplexidades ao nos dar conta do que fazem e sabem é o de algo que é comum, imediato, voltado para o *cuff*, como manutenção da vida.

Aliás, é a respiração o objeto central e principal de seus atos e ações de cuidar, representado pela higiene oral, monitorização da pressão de *cuff* e posição no leito.

Um saber específico, decorado e fundamental para um tempo de ação de manter a vida, passado esse tempo de ajustes e cuidados específicos, o que pensam os enfermeiros sobre estes clientes. Quando pensam é um pensar solto, não é orientado a uma ordenação uniforme para os que cuidam, sempre de uma mesma situação o sujeito com *cuff*, que só parece ter uma necessidade: respirar através dele, mesmo sabendo-se que não é só isso. Ele precisa manter e ser controlado outras necessidades básicas como eliminação, alimentação, condições ambientais isentas de risco, conforto físico expressado no cuidado com o corpo, sua roupa, seus pertences, cuidados espirituais e cuidados de pertencimento, como bem nos orientam Virginia Henderson e Florence Nightingale.

A imagem imediata que fazemos a partir do que foi explicitado como posição dos enfermeiros que se fortalece como permanente em suas falas de saber-fazer está assim imaginada nesse estudo.

Imagem 3: Cuidado como dimensão da respiração e expressão da enfermagem



Fonte: O autor, 2013

Essa é a imagem na qual as quatro intervenções são unânimes na posição dos enfermeiros. Os diversos cuidados que veiculam em suas posições é de uma lembrança imediata quando eles respondiam via web ou quando conversam sobre eles.

Não há uniformidade e nem organização como esperado para um grupo que compõe uma “elite” pelo tipo de espaço que ocupa, pela complexidade do trabalho que executam, pela especificidade que demanda o cuidado que o cliente necessita.

Conforme já mencionado, existem elementos que pulsam como de interesse para um cuidado que tem sentido para o outro e não apenas para a tecnologia, apesar de não organizado como prática.

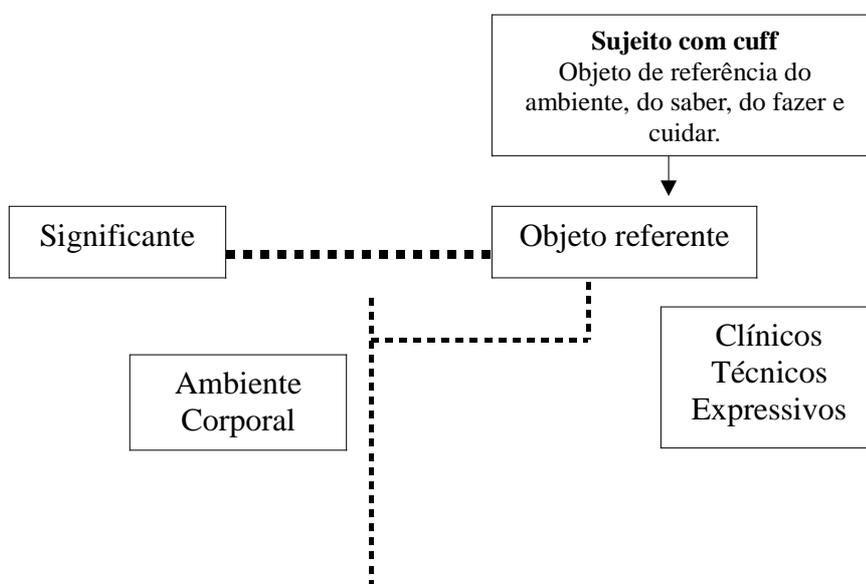
Cabe destacar que na execução destes cuidados, aqui listados como principais, existem questionamentos e sentimentos apresentados pelos enfermeiros, tornando-os assim complexos em sua execução.

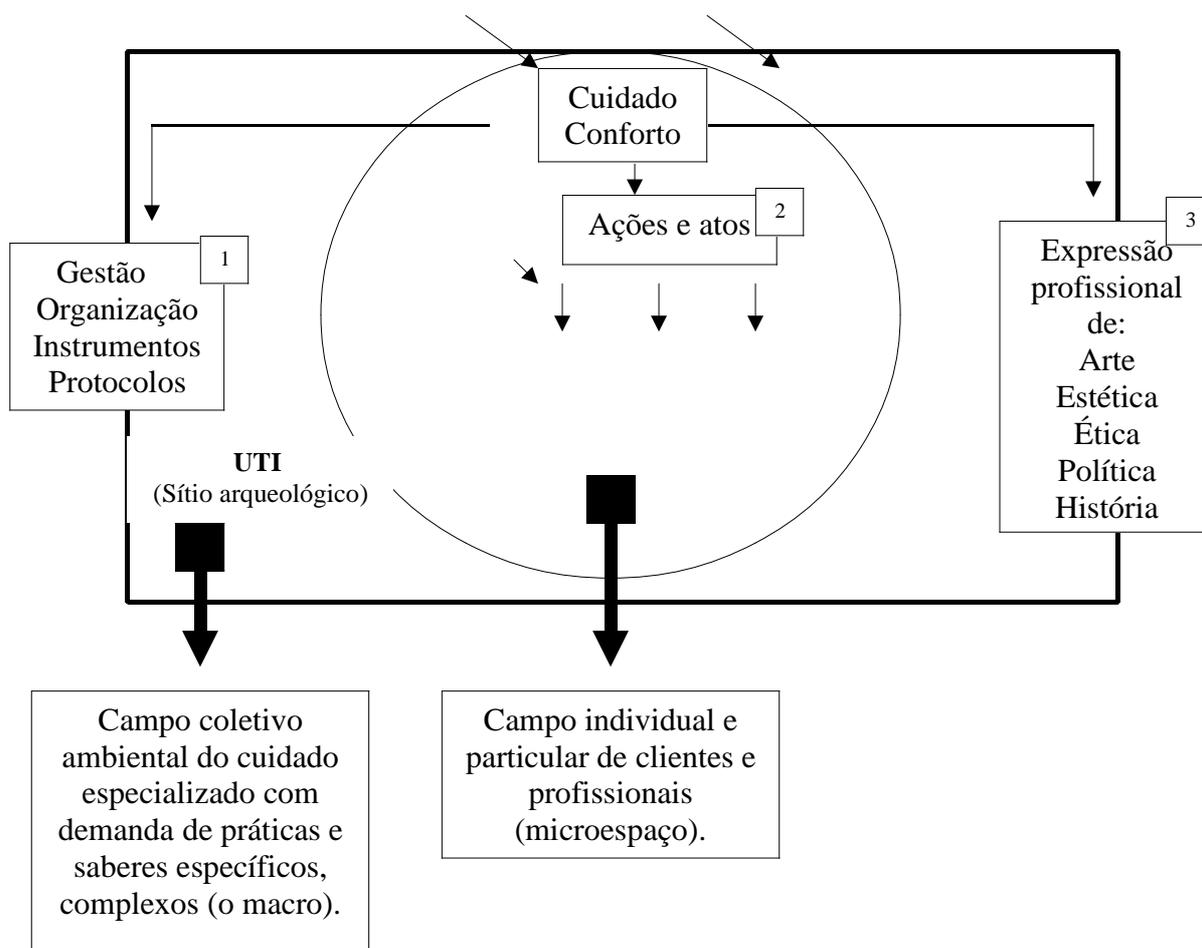
Com base nos diversos cuidados listados nesse estudo, também foi possível verificar que a enfermagem recorre a um conhecimento tanto empírico como científico, sendo este evidenciado durante o desenvolvimento das atividades de cuidar que estão associados de diversas formas de fazer para o cliente, como sujeito referente de cuidados, que está em um ambiente e que recebe cuidados técnicos e expressivos quando falam de gestão, de registros e protocolos.

No que se refere diretamente à assistência ao cliente em uso de *cuff*, foi possível perceber que o cuidado não se fecha apenas com os indicados importantes, mas foi com um cuidado diferenciado, que não indicam nem ordem nem sistematização. Existe um saber que foi despertado quando responderam sobre cuidados com o *cuff* ainda marcado pelo saber biomédico e centrado nas funções fisiológicas.

Neste ínterim, apresenta-se abaixo a segunda imagem intitulada “Cuidado como dimensão da expressão de enfermagem”. A partir dela, é possível afirmamos que a prática de cuidar requer uma atenção ampliada, sustentada em um cuidado de enfermagem ampliado para além daqueles estabelecidos como principais.

Imagem 4: Cuidado como dimensão da expressão da prática





Fonte: O autor, 2013

Pensar essa imagem e os cuidados que aparecem como ampliados, dando sentido ao que revisamos como específico e elementar, que os enfermeiros participantes do estudo acenam indiferentes à importância do opinar, mesmo que a preocupação com a tecnologia seja necessária, a emergência de novos conhecimentos permanecem no pensamento delas quando falam sobre cuidados.

Cuidar implica também em intervir no corpo do outro, no seu espaço íntimo, seja na realização de cuidado direto e indireto, técnico ou expressivo, da esfera psicológica ou espiritual e que se expressarão no corpo do cliente com *cuff*.

Ao mencionarem cuidados como o uso do colchão pneumático, do cuidado humanizado, da hidratação do corpo, do banho no leito, da avaliação da umidade e temperatura e ventilação, da prevenção da úlcera por pressão, da mudança de decúbito, da

higiene oral, do treinamento da equipe para cuidar apontam suavemente para um despertar do cuidado do ser humano em sua totalidade.

Porém, constatar que não há uma ordenação que indique um caminho a seguir quando estabelecem metas e prioridades para clientes em uso de *cuff*, como aparece neste estudo é, no mínimo, indutor de reflexões sobre o motivo de tal fato acontecer, como com tantos especialistas, com tantas sociedades estabelecendo protocolos e cuidados de sistematização. Essa “desordenada ordem” de pensar o cuidado, para esses clientes é irregular, tênue e arriscada, tanto para o profissional como para profissão.

Desta forma, a imagem 4 configura-se como algo desejado. Como uma rede de cuidados específicos e elementares, administrativos e assistenciais nos quais deve estar baseada a assistência de enfermagem a um cliente entubado.

A ausência de uma ordem que se inicie pelo exame físico – semiologia clínica em UTI como fundamental para um diagnóstico de cuidados, como um método de investigação clínica, possibilita a identificação de diversos indicadores de cuidados, como alterações orgânicas, funcionais, ambientais presentes no organismo do cliente em uso de *cuff*, pois uma sistematização, seja de que orientação for, é possível em clientes críticos que indicam achados clínicos relativos a comprometimento, não só respiratório, mas a outros distúrbios orgânicos e suas manifestações que se expressam por meio de sinais, sintomas e signos.

As implicações dos dados produzidos são da origem da ordem do saber-fazer, nos sentido amplo do que cada palavra significa. Mas não é um fazer que destaca-se como resposta do que fazer, para quem faz, como fazer e quanto ao conhecimento o que investigar, como encontrar respostas, como pesquisar.

Sabe-se que atualmente evidencia-se uma perda de controle do homem, dominado pela busca incessante no avanço tecnológico. No entanto, partindo-se da visão holística do ser humano, é exigida do enfermeiro uma percepção crítica do seu saber e saber-fazer comprometido com a qualidade no cuidado ao cliente.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. Dicionário de filosofia. Tradução: Alfredo Bosi. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998

ALMEIDA, MCP; ROCHA, JSY. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 1989

AL-TAWFIQ, Jaffar A; ABED, Mahmoud S. Decreasing ventilator-associated pneumonia in adult intensive care units using the Institute for Healthcare Improvement bundle.

American Journal of Infection Control. 2010; 38:552-6. Disponível em: <<http://www.ajconline.org>> Acesso em: 25/05/2011.

BACKES, MTS et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Esc. Anna Nery (impr)** 2012 out-dez; 16 (4): 689-696

BARBIER, R. Pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar, 1996

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1970.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASTOS, MAR. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2002 março-abril; 10 (2): 131-6

BENDASSOLLI, PF. Percepção do Corpo, Medo da Morte, Religião e Doação de Órgãos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2001, 14(1), pp 225-240

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARRILHO, CMD de M et al. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidades de Terapia Intensiva Cirúrgica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** Volume 18 – Número 1 – janeiro / Março 2006.

CARVALHO, CRR et al. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. **J. Bras Pneumol.** 2007; 33(Supl 2): S 54-S 70

CASON, CL. Nurse' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the centers for disease control and prevention. **American Journal of critical care.** January, 2007, volume 16, n1.

CESTARI, ME. Padrões de conhecimento da Enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev. Gaúcha. Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24 (1): 34-42

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

ESPIRITO SANTO, FH; PORTO, IS. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer.

FARIAS, Glacea Maciel de, et al. Iatrogenias na assistência de enfermagem: características da produção científica no período de 2000 a 2009. **Inter Science Place. Revista Científica Internacional. Ano 3 - N° 11 Janeiro/Fevereiro – 2010.** INDEXADA ISSN 1679-9844.

FELICIANO, KVO et al. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto socorro pediátrico: reflexões sobre Burnout. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (3): 319-328 jul/set, 2005

FIGUEIREDO, NMA; MACHADO, WCA. **Corpo & saúde: condutas clínicas de cuidar**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FIGUEIREDO NM.A de, SILVA RCL e SILVA CRL. CTI – atuação, intervenção e cuidados de Enfermagem. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

FIGUEIREDO, NMA; VIANA, DL. Fundamentos do uso de Tecnologias na Enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

FREITAS, JANISSEK-MUNIZ, MOSCAROLA – Dinâmica do processo de coleta e análise de dados via web. CIBRAPEQ 2004. Disponível em: http://www.geocities.ws/orlindoeugenio/docs/ArtigosUtilizados/freitas_janissek_moscarola_2004.pdf. Acesso em: 09/07/2013 às 12:57.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem - fundamentos para a prática profissional**. 4 ed. São Paulo (SP): Artmed; 2000.

GODOY, ACF de, VIEIRA, RJ, DECAPITANI, EM de. Alteração da pressão intra-cuff do tubo endotraqueal após mudança da posição em pacientes sob ventilação mecânica. **J Bras Pneumol**. 2008;34(5):294-297.

GOMES, A.M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: EPU, 1988.

GOMES, Andréia Macedo; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. Bundle de Prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica: o que sabem os enfermeiros a esse respeito? **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online** 2010. out/dez. 2 (Ed. Supl.): 562-567. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br>> Acesso em: 04/06/2011.

GONÇALVES, João de Lucena, et al. Volume Mínimo de Oclusão: Variação na Pressão Intrabalonete de Tubos e Traqueóstomos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Vol 40, nº 4, Julho – Agosto, 1990.

GUATTARI. **As três ecologias**. Trad.: Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus, 1990.

HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de Enfermagem**. Tradução: Anyta Alvarenga. 2 edição. Brasília: Cortez Editora, 1988

HUDAK E GALLO. **Cuidados Intensivos de Enfermagem – Uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LEOPARDI, MT. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis (SC): NFR/UFSC: Papa Livros; 1999.

JULIANO, Silvia Renata Rezek et al. Medidas dos Níveis de Pressão do Balonete em Unidade de Terapia Intensiva: Considerações sobre os Benefícios do Treinamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 19 nº 3, Julho-Setembro, 2007.

MADUREIRA, VSF. Os saberes da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília (DF)2004 maio/jun; 57 (3): 357-60

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989.

ONO, FC et al. Análise das pressões de balonetes em diferentes angulações da cabeceira do leito dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. 2008; 20(3):220-225.

PENITENTI, R de M et al. Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. 2010; 22(2):192-195

PERBONE, JG; CARVALHO, EC. Sentimentos do estudante de enfermagem em seu primeiro contato com pacientes. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília 2011 mar-abr; 64 (2)

POLAK, YN DE S. A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem [tese]. Florianópolis: Programa de doutorado em filosofia de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,1996

RIBEIRO, MILC; PEDRÃO, LJ. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2005 maio-jun; 58 (3): 311-5

SALOMÉ, GM et al. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm** 2008; 21 (2): 294-99

SILVA. RCLS et al. O Significado da Tecnologia na Assistência da Enfermagem em Pós-operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca. **Rev. SOCERJ**, 2009; 22 (4): 210-218

SILVA, RC; FERREIRA, MA. Representações sociais dos Enfermeiros sobre tecnologia no ambiente da Terapia Intensiva. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2009 jul-set; 18 (3); 489-97

_____. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 169-173

SILVA, RCL; PORTO, IS; FIGUEIREDO, NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 mar; 12 (1): 156 - 9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Segundo Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. **J Pneumologia**, 2000; 26:S1-S68.

STANZANI, Vera Lúcia Taveira de Souza et al. Conhecimento teórico-prático da equipe assistente sobre manejo e pressão do balonete endotraqueal. **ConScientiae Saúde**, 2009; 8 (1): 25 – 34.

TEIXEIRA, ER. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm** 2004 dez, 8 (3): 361-9

ZEITOUN, S.S. et al. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: estudo prospectivo - dados preliminares. **Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 9, n. 1, p. 46-52, janeiro 2001.

ZIMMERMAN JL, SHORTELL SM, Rosseau DM, Gillies RR, Wagner DP, Prapai EA, Kraus WA. The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Med Care* 1988.

WATSON, V R. **Cuidado humano: O resgate necessário**, 1998.

Imagens

Imagem 1: Disponível em: <http://iriamstar.files.wordpress.com/2011/04/fig-39-tubo-endotraqueal.jpg?w=644>. Acesso em 15/06 às 22:01.

Imagem 2: Disponível em: <http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.cefir.com.br/>.

Acesso em: 7/6/12 às 16:47

Apêndice I – Questionário encaminhado via web (Estratégia A)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas da Saúde - CCBS
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP
Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado - PPGENF

Trata-se do instrumento de coleta de dados referente a dissertação de mestrado intitulada “*Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de cuff: a posição dos enfermeiros sobre o saber e fazer da Enfermagem*”.

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ Tempo de formação: _____

Tempo de experiência em Terapia intensiva: _____

Possui título de especialista em Terapia Intensiva: () Sim () Não

Atualmente exerce atividade assistencial em Terapia Intensiva: () Sim () Não

Cargo atual: _____

1. Liste os cinco principais cuidados de Enfermagem que você executa junto ao paciente entubado ou traqueostomizado:

2. Qual (is) dos cuidados listados acima você julga ser essencial na prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica?

3. Pontue, conforme a sua opinião, a importância do cuidado de Enfermagem ao paciente entubado ou traqueostomizado listado abaixo, para prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica:

Elevação da cabeceira da cama: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Interrupção diária da sedação: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Tubo orotraqueal com aspiração subglótica: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Terapia para prevenção de trombose venosa profunda: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Mensuração da pressão de cuff: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Terapia medicamentosa para proteção da mucosa gástrica: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Higiene oral com clorexidina: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Treinamento da equipe: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Higienização das mãos: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

Se você pudesse, que cuidado incluiria no bundle descrito pelo IHI para pneumonia associada à ventilação mecânica?

Apêndice II– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO –
(PPGENF)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: *“Respiração como necessidade de cuidados para clientes em uso de cuff: a posição dos enfermeiros sobre o saber e fazer da Enfermagem”*.

Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Tem como investigador principal a Enfermeira Rachel de Oliveira Gomes, sob orientação da Profa. Dra. Nébia Maria A. de Figueiredo.

Antes de concordar em participar deste estudo, é importante que você leia e entenda as informações a seguir. Leve o tempo que precisar e faça quantas perguntas quiser. Será explicada qualquer palavra ou informação que você não compreenda claramente.

- **Objetivo do estudo:** Identificar, na posição dos Enfermeiros especialistas o que propõem como cuidados de Enfermagem para o cliente entubado ou traqueostomizado.
- **Participação no estudo:** Se dará através da permissão para utilização das informações obtidas através do preenchimento do instrumento de coleta de dados, bem como para a gravação do áudio captado durante a palestra e a discussão posterior.
- **Custos, não remuneração e compensação:** Sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional para você, tão pouco, riscos a sua integridade física e algum tipo de remuneração.
- **As informações do estudo serão confidenciais:** Serão tomadas todas as medidas cabíveis, de acordo com as leis e/ou regulamentos aplicáveis para proteger a confidencialidade de suas informações que possam identificá-lo não serão disponibilizadas ao público. O investigador principal assegura o sigilo dos seus dados de acordo com as normas brasileiras.

A forma de garantir este sigilo será identificá-lo através de um código numérico.

- **Quais são os possíveis benefícios de minha participação:** Não há benefício direto, entretanto sua participação contribuirá para o desenvolvimento das pesquisas que envolvam os profissionais de enfermagem.
- **Sua participação neste estudo é estritamente voluntária:** Sua participação neste estudo é totalmente voluntária; você não é obrigado a participar e nem sofrerá qualquer tipo de penalidade quanto a isso. Você pode mudar de idéia e recusar-se participar a qualquer momento, antes ou após início da coleta dos dados.

Caso o estudo seja interrompido em algum momento, não haverá prejuízo a você e será informado sobre o descarte de seus dados.

Li ou me foram lidas todas as informações contidas neste termo e minhas dúvidas foram resolvidas. Fui informado de que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação por participar deste estudo. Fui informado (a) ainda que não serei exposto (a) a riscos e que poderei sair do estudo a qualquer momento sem prejuízos a minha pessoa.

Recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estou ciente que a minha assinatura neste consentimento, como participante, não significa que estou renunciando aos meus direitos legais, de acordo com as leis vigentes no Brasil.

Pelo exposto concordo voluntariamente em participar deste estudo, que será conduzido pela enfermeira Rachel de Oliveira Gomes (Contato telefônico: 9270-3797).

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

___/___/___
Data

Assinatura do pesquisador

___/___/___
Data

Apêndice III: Transcrição das falas dos enfermeiros participantes do encontro realizado na Universidade

Indicadores de qualidade: OMS em 1987 começa a “puxar” indicadores para área de saúde. Fala de saúde ou fala dela, condições do meio, recurso materiais e humanos e em 99è que as fontes pagadoras começam a se preocupar com os nossos indicadores. Fazem isso mais voltado para área medica e para atingir o melhor objetivo da assistência. Mas na verdade existe uma grande discussão dizendo que isso tudo é pelo custo das internações. Errar durante um procedimento, uma internação, a ter uma pneumonia durante uma internação, fica caro demais. Então entra aí toda esta discussão em 99.

O Brasil, a secretaria de saúde de São Paulo lista 25 critérios de excelência no ano de 2000 para o desempenho hospitalar e bota como primeiro a taxa de infecção hospitalar. Então, o controle da taxa seria a coisa mais importante como um indicador de qualidade neste momento. A Enfermagem vai e fala: vamos colocar também! A Enfermagem coloca mais voltado para eventos adversos ao nosso cuidado de Enfermagem. Paradas cardíacas durante o banho, erros de medicação, quedas, úlceras e entra como a boa aspiração como o quinto item e ai já é uma situação que eles começam a puxar.

A gente volta um pouquinho, um ano antes, que ai vem o que desencadeou a historia toda, lá em 1999. Surge um livro e esse livro foi um livro bombástico que falava que errar é humano. Na hora que eles colocam esta história, este escritor, este médico, eles diz que acontecem cem mil mortes por ano, previsíveis nos Estado Unidos. É como se caísse um boing por dia, só de mortes previsíveis. Então era mais seguro pular de parapent do que internar num hospital. Isso cria um alvoroço muito grande e o custo chega a 29 bilhões de dólares.

Em dezembro de 2004, surge a tal história do IHI que você coloca ai. Então eles lançam uma campanha, que é uma campanha nos Estados Unidos mas elas se propaga rapidamente para dentro de todas as Terapias Intensivas, que é: vamos salvar 100 mil vidas nos próximos 18 meses. Essa era a campanha, uma campanha mundial do IHI, um instituto americano, um instituto que tem uma área de fonte pagadora e governo e eles colocam seis práticas, que seriam praticas que fariam 100 mil vidas serem salvas. Um time de resposta rápida dentro do hospital, então na verdade isso serve para os locais que não tem médico 24 horas, então são sinais de alerta que perante um desses sinais de alerta um time de resposta rápida deveria ser acionado para atender aquele paciente. Cai urina, frequência cardíaca aumenta, um dos itens que gera score, isso é um time de resposta rápida.

As medicações terem reconciliação (...) tinha conseguido reduzir a pneumonia em 62%. Então dava certo. Se fizesse como tava daquele jeito, 62 % das pessoas que teriam pneumonia não teriam mais. E ai porque a gente vai se preocupar com isso? **Primeiro porque ela tem uma mortalidade muito alta e ela tem uma morbidade alta. Isso chega a valores altos. A incidência é alta e a mortalidade é alta. O custo é altíssimo também da pneumonia, diferente de uma infecção urinária. Infecção urinaria tem uma incidência maior mas ela não é cara E a incidência de PAV vai oscilar de 10 a 62% na taxa de mortalidade e varia em estudo de 24 a 76% desse valor. E o que que a gente tem nas recomendações? A gente tem que, a gente vai ter de 1 a cada 4 casos em mil dias de ventilação mecânica podendo ser até 10 casos em mil de ventilação mecânica e essa mortalidade deve ser maior que 10%. E aí vem a**

pergunta do que que é o tal do bundle? Então, o bundle é um conjunto de intervenções que vão ser executadas juntas para um desfecho clínico. Esses são pacotes de medidas. A tradução de bundle é ramalhete. É ramalhete de flores. Então é um conjunto de flores que juntas fazem uma ação. A gente já usa estes pacotes há muito tempo. O que que acontece no bundle? Se um item não for cumprido, é como se nada tivesse sido feito. Então você fez tudo, só não levantou a cabeceira, já era. É zero. E eles são considerados tudo ou nada. Não pode ter falha, não pode ter nenhum item, olha não levantei a cabeceira porque era um trauma. Era um paciente neurológico e não podia levantar. Não é que não quizesse, era que realmente não podia. O seu paciente vai ter pneumonia. Não é bem assim. O primeiro bundle todo mundo conhece. Agente tem que fazer tudo para um paciente sair da parada cardíaca. Não adianta só massagear ou só ventilar ou só desfibrilar. Todo o contexto para o paciente sair. Então, o primeiro conceito de bundle é de parada cardíaca. **Esse aqui, são dois bundles. Que estão juntos. Esse aqui é o do IHI, lançou um outro bundle e juntos esses itens, que o IHI não tem. Então seria interrupção diária da sedação, higiene oral com clorexidina, cabeceira elevada, profilaxia de hemorragia digestiva, profilaxia de trombose venosa, está dentro do IHI. O tubo com aspiração subglótica está dentro do bundle canadense e o acesso enteral ou traqueal está dentro do bundle canadense. Então todas as ondas devem ser passadas pela boca com o paciente entubado, não pelo nariz.** Bom, aí a gente abre um pouco para discussão. E aí a questão do antibiótico, o uso indiscriminado do antibiótico, vai aumentar a chance da gente ter pneumonia dentro do hospital. Isso é uma questão do bundle, que é a **alcalinização gástrica**. A gente tem um trabalho enorme dizendo que o Sulcrafat reduz o índice de PAV quando comparado ao bloqueador H⁺ (pantozol). Então, o pantozol ele muda a acidez, e mais eleva as taxas de bactéria e conseqüentemente o índice de infecção. Tinha uma história que se a gente usasse Pantozol, o Pantozol faria com que a gente tivesse, mudasse a acidez e com isso proliferassem mais bactérias. So que isso cai por terra com o IHI que veio a questão que se a gente não fizesse o bloqueador a gente vai ter o paciente abrindo ulcera por estresse e vai aumentar o tempo de internação e vai fazer pneumonia por maior tempo de internação. Então a gente passa a usar a alcalinização gástrica para evitar. Aqui é a **monitorização do resíduo gástrico** E aí a Sandrinha chegou na hora, né, Sandrinha. O que a gente tem em relação a VAP, é que monitorizar o resíduo gástrico não diminui a VAP. Isso não tem nenhum trabalho que vai diminuir a VAP. E aí a Sandra estava até me explicando isso na semana passada. Falando que a questão toda de se monitorizar resíduo gástrico que essa é uma prática que acontece em muitos hospitais, essa monitorização causa na verdade desnutrição, porque o paciente fica desnutrido, porque você para a dieta quando um volume de aspirado. Tem volumes de 250, tem protocolos de 500. Tem literatura que diz agora que 250 é um absurdo. É de 300 a 500. Mais o que tá escrito de maior e ela me disse que é o Zaloga, não foi isso Sandra, to falando besteira? O Zaloga fala que isso só aumenta a desnutrição das pessoas. Que existem estes protocolos mas que a gente só coloca os pacientes desnutridos. E o paciente que não tá nutrido, vai fazer uma pneumonia. Então eu acho que vai acabar dizendo que piora em algum momento, algum trabalho científico aí na frente.

Késia: para mim, esse termo, agora você falando ai, fico um pouco surpreendida. Nunca tinha lido nada a respeito, o ultimo protocolo canadense se não me engano, fala muito, desta questão de resíduo gástrico, dieta enteral, volumes altos com mais risco de paciente broncoaspirar, uma pneumonia aspirativa, não sei. Então me deixa um pouco na dúvida se de fato...

Theia: nos sinais clínicos de hiper extenso por resíduo, você tem protocolo clinico para tomar. Seriam sondas próprias para isso. Então você colocaria uma sonda, por exemplo, a Freka. Ou na Freka dos pobres, seria uma enteral e uma gástrica. Enteral, lá em baixo, alimentando e a gástrica aqui em cima drenando.

Sandra: É você antever o problema. Não vai esperar ele aspirar para você, quer dizer broncoaspirar, ter broncoaspiração direta ou te resíduo gástrico. Mesmo a sonda pós-pilórica ela não garante; o paciente tem resíduo, tem estase gástrica. Inclusive uma sonda pós-pilórica, ela induz um feed back contrário que você aumenta o resíduo gástrico também. O paciente que tem risco, o ideal é que você passe a sonda com dupla função. Vc não vai esperar que ele aspire entendeu ou desnutra. Você tem que prever. Fazer uma prevenção nesse caso. Naqueles pacientes que tem realmente o risco. Tem um protocolo de 2009. E em 20013 tem um trabalho que tem resíduo de 500 eu ouvi algumas pessoas falarem que é normal; alguns protocolos param com 100, 200.

Kesia: o Brasil estuda muito pouco essa questão de dieta enteral e resíduos e tal, acho que a gente tem poucos estudos ainda sobre isso.

Theia: O estudo dela é bom.

Kesia: tenho que conhecer.

Rachel: eu tenho os resultados preliminares e as pessoas indicam esse como um cuidado para prevenção de VAP; mensurar resíduo gástrico.

Theia: não há nada em literatura que vai diminuir. Nada, nenhum trabalho. Eu tô procurando um que ainda vai me dizer que vai aumentar por manter os doentes desnutridos.

Sandra: **O que se tem é que alimento no estômago.** Só quando tem intolerância é que você não ...

Kesia: ou histórias prévias de aspirações, broncoaspiração.

Theia: **então assim, isso é um grande mito, que a gente tem ai pra quebrar.** Discussão que você vai ter.

Intubação oral ou nasal, isso a preferência é tudo oral. Isso já até cansou. Ninguém faz mais esse trabalho. Isso é obvio. Quando você faz o esfregaço em 25 tubos, 96% tem colonização bacteriana. Isso só em um trabalho. Todos os outros, acima de 90%. Imediatamente após a intubação, 4 horas depois, está tudo colonizado. O tubo está colonizado. **E ai vem a questão toda de não se instilar nada para aspirar. Isso é um aumento de pneumonia na certa. Tem pessoas que instilam soro.**

Professor Roberto: É o famoso toaleta.(...)

Theia: com ambu é requinte de crueldade, é maldade. Isso já fechou. Já é um assunto até esgotado. não se instila nada para aspirar. Na presença de rola só.

Kesia: na verdade essa é uma discussão ainda entre enfermeiros e fisioterapeutas, pq parece na enfermagem jamais pode fazer mas na fisioterapeuta, na presença de, tá rolhando, secreção mais espessa, eles vão instilar, vão usar ambú, mas é uma coisa que está sendo discutida.

Theia: o que está sendo discutida ainda é em pediatria. Em neonatologia pelo óstio estreito do tubo. E aí tem a questão porque na pediatria eu posso, principalmente, na neonatologia, por conta da complacência pediátrica, da criança. A complacência neonatal é de 500, aproximadamente. A do adulto é de 50. Então, eu tenho complacência de caixa torácica neonatal. Todo mundo já viu um bebê respirando. Diferente do velho que você tem até que ficar olhando para ver se morreu. É completamente diferente a que a criança consegue pela complacência dela expulsar o maior volume possível de ...

Cuff -Primeiro que o cuff tem que ser de baixo volume e alta pressão. Essa é uma grande variável para você. Dependendo do tubo, o cuff ... e esses tubos que tem o cuff que eu consegui botar um volume baixo e ele gera uma pressão adequada, ele já tem literatura provando que reduz as taxas de pneumonia.

Roberto: Estes estudos apontam se há aumento de traqueomalácia, por conta dessa pressão aumentada?

Theia: Não. Eu acabo colocando 2 ml de ar e ele acaba . Então eu tenho um volume muito baixo.

Roberto: as pressões?

Theia: As pressões ficam no que eu quero, 20 a 30, com volume bem pequeno. Diferente daqueles. Quando pegar o tubo, o cuff do tubo tem que ser grande, ele tem que ocupar... Sabe aqueles tubos que tem só uma bolotinha na ponta? Tem que ser um tubo que preencha uma parte grande. Tem que ser um cuff que preenche uma parte grande. Ai é cuff bom. E agora já tem uns cuffs que são em formato cone. Por conta da anatomia da traquéia, ai molda melhor e evita as lesões de parede posterior.

A gente ainda não tem um papel claro na questão da traqueostomia. Na não incidência de VAP. O que a gente entende é que se é um paciente traqueostomizado precocemente, e ele precisaria de uma traqueo, obvio. Se a gente pega um paciente neurológico, que a gente sabe que em 10 dias ele não estará extubado, traqueostomizaR logo no inicio, me facilita muito a higiene oral desse paciente. Então com isso a gente tem uma redução na incidência de VAP. A traqueostomia não consegue ser diretamente ligada a redução da VAP. Ela é meio que por tabela.

Isso é o que ainda esta preconizado ainda para pressão de cuff, de 20 a 30.

Isso aqui, nunca na vida, que é vazamento. O cuff vazando, favorecendo a microbroncoaspirações. Bolha de ar. Isso aqui é muito vazamento.

Troca de circuito, acabou. Isso já é uma publicação do CDC. Não existe mais troca, só na presença de sujidade. E o que que é importante? Que o circuito seja leve. Porque ele não pode tracionar o dispositivo, nem tubo ou a traqueostomia. Tá vendo essa posição aqui? Então eu tô com a cabeça caída, a cabeça para o lado. Isso é um grande problema para a questão da traquéia. Aqui, eu não sei se vocês conseguem enxergar. Aqui é a traquéia, aqui

estava caindo. Ta vendo? Aqui é a traquéia. Aqui, a traqueostomia daquela paciente ali, que esta com a cabeça assim. Está batendo aqui. Enfiar a sonda de aspiração, qualquer coisa, mesmo que eu fique dentro da cânula, eu vou bater aqui. Isso vai dar lesão posterior da mucosa da traquéia. E quando eu botei a cabeça da paciente reta, ela ficou mais reta. Ainda esta encostando aqui, mas ela já está mais reta. As cânulas ficam viciadas em algumas posições, então o próprio fabricante preconiza a troca de cânula. A cânula tem que ser trocada regularmente. Ele dá 30 dias. A cada 30 dias, deveria-se trocar a cânula de traqueostomia, porque ela esta colonizada. E ela está viciada.

Sandra: nós cuidamos de um paciente que a cânula era o foco. Secreção verde. E a febre passou.

Theia: aqui, quando a gente fala do cuff, que aí tem a coisa da fixação do tubo, a posição da traqueostomia tem que ser absolutamente reta. A cânula tem que ficar reta. O tubo tem que ficar reto. Ele não pode ficar torto. A ponta do tubo bate aqui. Ele não ter uma pressão homogenia do cuff, quando eu medir aqui fora, vai ficar no 20, mas a minha distribuição não é tão homogenia quanto aqui. Então com isso eu vou lesar.

Kesia: ai eu faço uma critica assim, trabalho em um hospital publico também, e a dificuldade que é encontrada. Ele adotada um posicionamento difícil ate para colocar um coxim, controlar esse posicionamento. Ainda tem a questão dos fixadores dos tubos que são péssimos ou parece, nos são tentamos vários deles, parece que um é pior que o outro. Inventa cada uma diferente que acaba lesionando. Pacientes secretivos demais, aquilo fica! E terrível! (discussão sobre fixador de tubo que permite mobiliza-lo para realizar higiene oral).

Precisamos pensar quanto ao custo-beneficio.

Theia: fixadores assim lesam muito o lábio superior. A gente fica com uma angústia que vai sair e aperta, amassa e isso tudo fica machucado. Já vi úlceras horrorosas.

Rachel: com relação a fixação do tubo, como a preocupação central do estudo, é pensar na questão do cuff, favorecer

Algumas pessoas falaram fixação, eu me questiono se elas falaram fixação por este motivo que acabamos de discutir aqui. Por que eu mesma nunca parei para pensar nisso.

Theia: e essas lesões de parede posterior de traquéia são piores que as traqueomálacia. Elas são lesões que você só vai sentir que ela está ali quando você vai tentar desmamar o paciente. E quando você desmama, ele abre um quadro diferente da traqueomálacia, ele abre um quadro de edema agudo de pulmão, porque a lesão é na parede posterior da traquéia. A traqueomálacia é uma lesão na parede anterior. Então a queda da parede anterior causa um tipo de visão, que é a visão da obstrução. A lesão de parede posterior não, porque ela cai para trás. Como ela cai para trás a reação que o paciente tem é de um edema agudo. Sudorese. E igual edema agudo. Ai o pessoal acha que falhou o desmame. Não desmama nunca mais. O que ele tem é uma lesão de parede posterior da traquéia. A gente só consegue ver isso com broncoscopia. É muito interessante. Os sintomas são diferentes e elas são causadas por este manuseio, pó isso aqui ficar "sambando".

A microbroncoaspiração, o que o Canadá instituiu foi o tubo de **aspiração subglótica** e eles tem alguma relevância. Os pacientes que vai ficar mais de três. Eles identificaram em muitos trabalhos a redução da VAP. Mas na realidade, que eu conheço não.

Rachel: no último Guideline do CDC eles colocam ainda como, precisa avaliar custo benefício.

Theia: é um custo muito alto. É um tubo no valor de mais de mil reais, comparado com o outro que custa 10 a caixa

Kesia: talvez se você utilizar todas as outras medidas seria não tão relevante.

Theia: mas é sem duvida muito bom.e agora tem muitos trabalhos falando sobre **lesões causadas pela aspiração**.

Roberto: **subglótica?**

Theia: é. **São locais que não tem o controle da pressão**. Então, eles preconizam que se você não tem o controle, você deve usar a aspiração por oito segundo, de 8/8 horas. Pressão máxima, mas mesmo assim, dependendo da posição do tubo, se estiver encostado lá na traquéia, é complicado. Então tem muito trabalho falando sobre as lesões causadas pelo tubo de aspiração subglótica. Pelo menos eu já vi uns oito. A gente nunca viu. Está descrito como podendo ter.

A higiene oral. O ideal é que seja com escovação dentária. Clorexidina duas vezes ao dia. E deve acontecer a escovação dentaria. Em literatura é que seja feita 4 vezes ao dia. Isso é o que esta descrito mas sabe-se que é um pouco difícil escovar os dentes do paciente quatro vezes por dia do paciente entubado. Isso é um pouco difícil de ser executado. Acho que talvez de 8/8 horas talvez dece. Nesse intervalo, que o produto que fosse utilizado, não quebrasse o esquema da clorexidina. Primeiro que não deve ter uma solução alcoólica nenhuma, por conta do ressecamento e que o produto do meio fosse até . Não precisa ter um produto específico. E a clorexidina esta bem descrita parra sete dias. Depois disso, segue o protocolo da instituição. E a gente está bem que são sete dias. E

Rachel: e esse é um cuidado descrito como se fosse tão simples. Fazer a higiene oral do paciente não é tão simples assim.

Kesia: só o fazer a gente já sabe que é uma desconfiança. Por escala, por entendimento da equipe. Outra coisa é a dificuldade de fazer no paciente que está sedado, fazer a higiene oral.

Theia. Para ser escova de dente ela precisa ser descartável, você usa e joga fora. Ou é com escova de dente que a cerda não vai ser implantada, porque coloniza dentro, conforme as nossas escovas. Tem que ser uma cerda que surja da escova. A cerda não é implantada, ela é uma continuidade do plástico. Não tem uma coisa fechada para a troca dessas escovas. Tem que trocar uma vez por semana?

Rachel: A gente encontra na internet diversos trabalhos, a impressão que fica para alguns é que a higiene oral seria a grande salvadora da pneumonia, uma vez que ela realizada seria uma boa forma de prevenir. Só que no fundo a gente vê que a forma exata dela ser feita, ela fica aquém do que realmente a gente consegue fazer no dia a dia.

Theia: você tem que empurrar. Porque quanto você passa a espátula você empurrar para lá, empurra para cá. Realmente tira.

A aspiração. Isso aqui, o sistema aberto e o sistema fechado. O sistema fechado é superior ao sistema aberto por milhões de razões. Milhões, não tenha sombra de dúvidas. Mas ele não tem um evidência de redução de pneumonia associada a ventilação. Se eu tiver um sistema aberto feito de maneira correta, eu não aumento pneumonia associada a ventilação mecânica. Agora, o sistema fechado, ele tem milhares de vantagens, inclusive de você aspirar mais vezes. Com isso, vc provavelmente fazendo uma melhor toaleta, não tem um trabalho dizendo que faz errado. Mas eu acha que fazendo toaleta que acaba de alguma forma fazendo contribuir.

Eu peguei os últimos seis trabalhos sobre essa questão dos filtros **hidrofóbicos para umidificação e é conflitante**. Eu tenho trabalhos falando que pode causar um maior ressecamento e oclusão de via aérea ate ventiladores mecânicos com umidificação própria aumentam a colonização a gente fica na questão de usar o filtro com os critérios corretos. Se o paciente tem sangramento, ou se você precisa trocar o filtro mais do que três vezes, mais do que 3 vezes nas 24 horas, ou se ele está hipotérmico não pode usar filtro. Tem que usar o umidificador. Então, acho que seguindo esses critérios, o filtro seria a melhor escolha porque não junta o condensado, não aumenta o trabalho e não aumenta a chance de estar mais colonizado o circuito. Mas os trabalhos na literatura são conflitantes.

Rachel: olhando pra os 14 resultados, o filtro é apontado como uma, sugerido como uma medida para prevenção da pneumonia, como resultado parcial.

Theia: eu acho que ele vai ajudar mesmo porque aquele condensado nunca ninguém tira. Aquela água balançando, fica às vezes balançando, só vai se dá conta, quando toca o alarme do ventilador. **Então, eu acho que o filtro realmente acaba sendo uma coisa que contribui. Mas eu não tenho dado em literatura falando sobre isso.** Tem trabalho que diz que melhora, tem trabalho que diz que não.é conflitante o negocio. Não está limpo não. Ainda tem a questão que não trocam o filtro de maneira adequada. O filtro também coloniza. Então, às vezes, o filtro tá sujo e as pessoas deixam o filtro lá. **Então, eu acho que na boa prática, fazendo tudo certo, não muda não. Mas na realidade, acaba diminuindo de alguma forma. Ai tem a questão da posição do filtro. O filtro tem que ser acima do óstio. Ou do tubo ou da traqueostomia.** Ele nunca pode ser abaixo. Se abaixo ele vai drenar, vai colonizar. Em quatro horas, isso aqui está colonizado. Isso é uma coisa que já está fechado. Nebulização ela só deve ser realizada quando a droga não há possibilidade de fazer em aerossol. Isso realmente, já tem esse déficit de colonização. Então, o ideal é que tudo seja em aerossol.

Paciente que transporta muito faz mais pneumonia. Isso também está fechado. Paciente que vai toda hora para tomografia faz mais pneumonia do que o que não vai, o que fica quieto.

Cabeceira, isso já está bem fechado. A gente tem um grande trabalho que paciente que permaneceu em 45 diminuiu a VAP. Só que quando a gente fez isso na nossa realidade, a Sandra quase me matou, porque causamos úlcera em quase todos os doentes. E aí a gente entendeu que de 30 a 45 que a literatura preconiza. E o que eles dizem, é que tem sete trabalhos falando de diminuição de pneumonia em paciente que estiverem em camas cinéticas em

comparação. Que são aquelas camas caras que se mexem, reduzem a pneumonia associada a ventilação.

Extubação precoce, o paciente deve ser extubado o mais rápido possível. O desmame precoce é importante. Contextualizar esta questão de extubar o mais rápido possível.

Aqui entra uma outra contextualização: que é a questão da **sedação mínima. O doente tem que ter uma sedação mínima ou ausência de sedação, forte analgesia para que possa o diafragma trabalhar o tempo todo.** Pacientes quem ficam muito tempo em ventilação controlada, em ventilações que não tem a assistência, paciente não assiste às ventilações, são pacientes que demoram mais a ventilar, que não trabalham o diafragma e com isso fazem mais pneumonia.

Rachel: e essa é uma das recomendações do IHI, a interrupção da sedação.

Theia: o ideal é que o paciente assista às ventilações. Então, todos os modos que tenham o modo assistido. E não o paciente controlada. Pacientes assim, fazem pneumonia. O crônico eu já espero que ele faça pneumonia. Se ele não fizer, maravilha, mas aqui eu tenho dificuldade de higiene oral, eu tenho, aqui eu não elevo cabeceira.

Pacientes em cuidados paliativos, pneumonia esquece. Esse paciente aqui, é cuidado paliativo. Posso colocar na cabeceira baixa, porque eu quero que ele fique na melhor posição possível. Quero que ele fique confortável. Então, **a gente tem que focar que VAP precoce é o que tem que combater. VAP tardia não. VAP tardia eu entendo que em algum momento ela pode acontecer e a mortalidade é baixíssima.** Aquelas que são antes de sete dias, são as que potencialmente eu tenho que chegar igual a zero. Cada evento de pneumonia tem que ser aberto. O que que não foi feito neste doente? A cada evento tem que saber o que não aconteceu.

Rachel: Pensando na parte central do trabalho, esse é o grande motivo do trabalho, é a preocupação com a monitorização da pressão de cuff e ai você coloca a questão do cuffmetro, eu queria saber na sua opinião, **o que você pensa como cuidados, nesse paciente entubado, com o objetivo de prevenir esta PAV precoce, mas relacionado com o cuff desse tubo. Você sugere algo?**

Theia: **como a gente agora não quer mais o doente sem mexer. A gente quer o doente mexendo. O paciente tossindo, o paciente com movimentos de deglutição, por isso que a gente quer o paciente minimamente sedado para ele extubar mais rápido. Quando a gente faz isso, a gente faz com que a traquéia do doente mexa mais contra o cuff. E os cuffs bons, eles tentem a esvaziar. O cuff não enche, ele esvazia. Então quando a gente, até estava comentando, sobre um trabalho que foi encontrado os cuffs hiperinsuflados, isso é alguém que está enchendo os cuffs. Ele não tende a encher. Ele esvazia. Quais são as variáveis que eu acho que você tem que se preocupar no seu trabalho? Quanto tempo esse tudo está ficando? Porque quanto mais tempo eu ficar com o tubo, menos capacidade de segurar a pressão adequada na válvula, porque é uma válvula, eu vou ter. qual é a seringa que enfiou naquela válvula. Será que aquilo lesionou a válvula e a pressão começou ficar a mais? Meu paciente está em que modo ventilatório, assistindo muito e aí fica enchendo a traquéia e o cuff? O que você vai encontrar é que você monitorizou a pressão agora, mexeu muito, a pressão tende a cair. E que encheu o cuff, na hora que encheu, na hora que ela tira, a**

pressão esvazia. Então se eu quero 20, eu tenho que colocar 22. Na hora que eu tirar a seringa, vai cair para 20 ou para 18, tubo velho. Então esse, essas variáveis assim, eu não sei.

Rachel: na verdade, essa é uma das preocupações, por que a gente lê diversos estudos e poucos, esse na verdade é o incomodo, pouco a gente encontra em especial falando sobre o cuff e entendendo a função de impedir que o conteúdo que fica na cavidade oral possa escorrer. E hoje, pelo menos na minha realidade, hoje um pouco mais afastada, mas a realidade que eu vivenciei, é que essa função de monitorar a pressão de cuff, ela ainda não era dos enfermeiros, ela era dos fisioterapeutas, e com uma frequência pequena ainda, e a gente ainda encontra instituições que tão pouco tem um cuffometro. Essa é uma preocupação. E hoje já tem estudos comprovando que, quando eu mobilizo o paciente, eu mudo decúbito dele, essa pressão também tende a cair. Então, a gente pensa muito em um procedimento de banho no leito, onde, por melhor técnica que você execute, você mobiliza bastante o paciente e a gente passa a se questionar, estes é um dos questionamentos, cadê o papel dos enfermeiros nesse na monitorização dessa pressão podendo ser uma forma, junto com todos os outros cuidados, mas esse, sendo um dos cuidados importantes, na prevenção da pneumonia.

Daniel: na prevenção da VAP, uma das coisas que nós temos discutido bastante também, você comentou que hoje a intenção para um doente de terapia intensiva é outra. A gente quer que ele se mexa. Que ele tenha as atividades. Que ele retorne a condição normal. Só que eu preciso saber também qual é a condição de base dele. Como ele chegou até ali. Tem certas ações, acho que as ações preventivas, elas devem ser tomadas e deverão ser assim, mas eu tenho condições, o doente, por exemplo, o doente que tenha sofrido um acidente vascular cerebral e esteja numa condição grave ainda no momento; tem certas coisas que eu não consigo evitar e aí se eu tenho dentro daquele bundle uma ação não funcionando, por exemplo, esse cara eu tenho que transportar ele toda hora para tomografia então toda hora ele vai ser transportado de alguma maneira. Eu preciso que esse cara esteja sedado, eu tenho que controlar ele num primeiro momento, até que eu recupere a função cerebral dele ou consiga avaliar quais são as perdas para que seja o momento que vá titulando a sedação para que quais são as perdas neurológicas que ele vai ter. Então, às vezes, a gente fica com que ação tomar e o que prevenir primeiro. Esse é um cara que vai ser entubado e vai ficar dependente da ventilação mecânica por um tempo maior. A gente acaba ficando refém para prevenção de VAP, acaba não sabendo que ações ter primeiro. Eu tenho que levar em consideração quais as flores desse grande ramalhete eu não vou conseguir atender.

Theia: Você vai ter que entender que vai ter o cara que não vai ter como fazer. O cara que é um infartado, aquele cara não pode ser. Agora, eu tenho o neurológico, transportando 3 vezes ao dia que fez uma SARA, que era um DPOC antes, pelo amor de Jesus. Se não fizer VAP, a gente vai falar: que equipe maravilhosa. Porque eu tenho todos os indícios para fazer. Colocar o cara a zero graus, não posso levantar a cabeceira, não sei o que das quantas. Esse cara, ele vai ter. Se ele não tiver, caramba, que maravilha, porque ele tem alto risco para VAP e não fez. Se não VAP, abre para discussão quem é o cara. Ah, é um cara que a gente resolver colocar em cuidado paliativo e

ele tomava cerveja toda sexta-feira, aí não quer que faça VAP? Não tá bebendo a Antártica, está entubado. Aquele doente bonitinho, com dengue, não vai ter VAP.

Juliana: Dentro desta questão da pressão do cuff, do enfermeiro ainda, não conseguir avaliar, enfim, lá aonde eu trabalho, a gente instituiu uma medida de pressão de cuff que os enfermeiros podem fazer. Porque justamente os fisioterapeutas só ficam durante o dia e a tarde. A noite são dois responsáveis e aí, a gente mede, podendo medir, à noite, após o banho. Geralmente, à noite, após o banho dos pacientes que estão em prótese, mede este horário. E assim, como é de dia, a gente pode medir, mede e tal, mas são os fisioterapeutas que ficam mais responsáveis por esta parte.

Daniel: Aqui é que está o grande risco. Agora você tocou em um ponto que é o grande risco. É a grande questão. A gente tem que ter o entendimento que se esse um cuidado importante e contínuo, ele deva ser monitorizado também pelo enfermeiro e durante o dia para que isso não fuja da alçada dele em um certo momento. Ele só fica responsável a noite? E durante o dia?

Rachel: E a gente vê a própria preocupação dele diante disso. Será que isso preocupa ele?

Kesia: Mas eu acho que de fato precisa envolver a equipe multidisciplinar nesse processo. Acho que o enfermeiro já tem muitas coisas para poder avaliar. Eu não to falando que ele, que essa monitorização do cuff não seja importante mas o fisioterapeuta pode ser um aliado da gente nesse processo.

Até o técnico de Enfermagem pode.

Roberto: Eu vou aproveitar para fomentar mais esta discussão. Pode? A gente aqui na Universidade tem pesquisado um fenômeno que é a fadiga de alarmes. Me parece que a Renata levou alguns dados, os resultados de pesquisa de mestrando para apresentar lá. Hoje eu estou conseguindo entender um pouco melhor porque que os ventiladores são os principais responsáveis por sinais de alarme dentro da terapia intensiva. A gente já tem pelo menos três dissertações de mestrado que mostra que quase 70% dos sinais de alarme de terapia intensiva tem sido responsabilidade, vamos dizer assim, dos ventiladores mecânicos, por diversas razões que você já apontou aí. Se a gente considerar a tendência que diz que hoje o doente precisa ser em ventilação mecânica mais pró-ativo, preciso mantê-lo o mais capaz que em um instante em um tempo muito maior, ditar as regras ali em ventilação mecânica, ele vai soar um número muito maior de alarmes. Então, em função disso, o estou preparando uma candidata para tentar uma vaga no doutorado, que é para discutir exatamente a seguinte questão como base até em resultado de pesquisa, eu vou pegar a questão da equipe multidisciplinar: quem vocês acham que responde aos sinais de alarme de ventilador mecânico e de oxímetro de pulso, só para citar a ventilação mecânica?

Késia: quem responde? O enfermeiro.

Roberto: Não é. Mais de 80% dos alarmes são respondidos pelos técnicos de enfermagem; daqueles que são respondidos. Mais de 60% fadigam.

Kesia: mas considerando que você é um enfermeiro só.

Roberto: vou chegar lá. Vou chegar a questão do fisioterapeuta. Porque o enfermeiro, aí eu penso contrariamente ao seu modo de pensar, porque que o enfermeiro precisa o quando antes chamar

para si essa responsabilidade. Não que hoje ele não esteja respondendo ao alarme. É uma vergonha realmente. E as pesquisas foram feitas em hospitais que a gente acredita tenham ainda alguma qualidade na assistência. Não são os técnicos. Oxímetro de pulso e ventilador mecânico, nós tivemos mais de cem horas de observação, registramos mais de quinhentos alarmes, considerando esses três estudos, nos tivemos, sem exagero algum, os resultados das pesquisas estão aí, dois alarmes que foram respondidos por fisioterapeutas. Então nessa tese de doutorado, que a gente está montando o projeto, é justamente para discutir o seguinte, olha só, que profissional tem o melhor perfil para determinar ajustes de parâmetros ventilatório, ajustes de parâmetros limítrofes em monitores multiparamétricos e aí a gente pega algumas instituições internacionais que mostram que perfil que este profissional precisa ter. Primeiro é a disponibilidade para atender aos alarmes, bom se eu for pensar desta forma, os estudos estão mostrando que quem tem essa disponibilidade é o técnico de enfermagem, mas ele esbarra no segundo pré-requisito. Ele precisa ter a capacidade de decisão imediata. Talvez já excluiria o técnico de enfermagem. Então, eu assisti aqui a apresentação da Theia e fiquei assim, realmente, muito preocupado por conta da realidade que esses estudos tem mostrado. O médico, então, nem aparece. O médico não responde a alarme em hipótese alguma. Não responde a alarme.

Theia: Eu não sei se as pessoas fogem do alarme porque não sabem o que vão fazer.

Roberto: que é o outro item. A capacidade técnica de reconhecer.

Theia: para o técnico aquele negócio está incomodando a cabeça dele, ele vai lá e desliga.

Kesia: é mais fácil ele silenciar o alarme.

Theia: eu não sei se ele sabe o que vai fazer. Tá tocando lá, eu não sei o fazer, não vou não, eu já fui, não sei o que que é.

Sandra: o ajustar do próprio monitor, do próprio aparelho, tá com defeito. Tem que trocar, precisa de outro. Isso a gente vê, várias vezes.

Roberto: em ventilação de backup a gente vê o tempo inteiro. O funcionário chama a engenharia clínica falando que tá com defeito porque não para de apitar. O ventilador em modo de backup os caras estão achando que está com defeito o ventilador.

Sandra: Lembra? A gente ajustava aí fazia apnéia. Apnéia cima de vinte, mas já aumentei para trinta. O que eu vou fazer mais? Já está no Máximo. Não consigo mais aumentar esse botão. Mas o cara não entende que está no Cheyne Stoke. Realmente até que ponto tem e banaliza. Você sabe que não vai e que quando realmente alarma, é importante, você não vai.

Roberto: aí é que entra a fadiga de alarme. Um sinal de alarme irrelevante fica encoberto por uma cacofonia de ruídos. Por que vc não sabe o que que é que está acontecendo. Esta questão da pressão, só para ressaltar, foi o trabalho do Fabrício, residente, eu é que orientei, Le mediu a pressão do cuff na primeira hora pós entubação que é quando ele encontrou valores, assim, acima, exageradamente acima de 30, 40. Depois ele mediu na sexta e na décima segunda. Aí realmente você vai encontrando que vai caindo gradativamente e ninguém tá aí.

Kesia: mas Roberto, assim, acho que a gente precisa abranger as linhas de pesquisa para uma série de problemas que a gente encontra hoje na assistência, e eu tenho a realidade de duas unidades, tanto de privadas quanto de públicas, e públicas com nível de excelência e públicas com

dificuldade de manter um qualidade no serviço. A gente percebe hoje o profissional, e o profissional como um todo multidisciplinar muito carente de conhecimento. Da seringa de vinte ml, quanto é que eu vou colocar no cuff, no lugar que não tem um cuffometro, por que esta é a realidade de muitos hospitais. Não tem o cuffometro. E eu faço o quê? Vou improvisar uma engenharia daquelas? Por que a gente faz. Uma engenhoca daquelas que a gente pega um manômetro e coloca um threeway e funciona. Será que funciona? Resolve alguma coisa. E quando não tem? Quando não tem você vai fazer uma ausculta para ver as artérias, vê a não sumiu, é hora de parar, ou não, vou diminuir um pouquinho. Sentir pela textura que está que o cuff. Ah, está muito ...

Theia: **nunca aperte o balonete.**

Kesia: mas é isso que eu estou falando. São vários pontos que a gente vê hoje de discussão que aí. Médicos

Theia: **quando você aperta, insufla o cuff lá dentro.** Tem umas pessoas que ficam.

Roberto: parece que está fazendo ordenha.

Kesia: agora esta numa textura boa. É hora de parar.

Theia: eu nunca soube por aqui quanto era.

Késia: eu conversando com um fisioterapeuta, ele falou, Késia, entrei num trauma, em um hospital publico e ele falou assim, medico está fazendo intubação, que tem dificuldade hoje de intubar, intubação não traqueal, abdominal, não dá. Ai tira, põem. Quando é que eu insufla? O médico perguntando para o fisioterapeuta. Ah, pode colocar 10, pode colocar 20, 15? Quanto é que coloca? Eu não tenho cuffometro. Faço o quê? Tem uma pobreza de conhecimento. Tem uma... E esse conhecimento, muitas vezes impede a gente de te fato ouvir o que é aquele alarme que está suando. É só apertar um botão? Ou eu vou só para aspirar? Está apitando por que tem que aspirar. É o que o fisioterapeuta responde. Têm que aspirar. Como se não tivesse responsabilidade disso.

Theia: as pessoas não ajuste o alarme direito. Eu canso de; quando você puxa o alarme, este respirador não vai tocar nunca na vida. Nem que um dromedalho seja ventilado.

Roberto: os estudos americanos e europeus não apontam nos estudos deles os ventiladores mecânicos como sendo os principais equipamentos responsáveis por geração de sinais de alarme em terapia intensiva. O problema deles lá é com monitor multiparâmetros. O nosso aqui está parecendo ser com ventilador mecânico. Tem alguma coisa de errado aí.

Theia: até porque ele é o dono do processo. É o dono da caixinha. É o respirator terapeut. É um sujeito que não é o doutor, não é o fisioterapeuta, não é um enfermeiro. É um cara que é um respiratório terapeut. Então ele é o cara que faz isso. E ai tem um, dois por plantão, dependendo do volume.

Kesia: Tamez veio ao Brasil e falou sobre isso.

Theia: Ele é o dono da caixinha. Ele é o dono do processo. Aquilo ali não alarme. Não é porque. É porque tem um, dois para olhar para aquilo.

Kesia: e ai se você olha para a realidade do Brasil hoje, olha como é Roberto, o dimensionamento. Como é que o enfermeiro hoje vai ficar responsável por tantas outras coisas e mais a preocupação

com alarme, essa preocupação com cuff. É muita coisa. Acho que a gente precisa repensar o dimensionamento.

Roberto: só para você ter uma idéia. São 32 sinais de alarme por leito. Se eu tenho um enfermeiro para hoje se preocupar com 10 doentes, e se eu tenho uma unidade que tem 10 leitos, um enfermeiro tem aproximadamente uma hora para este doente. Uma hora, ele vai precisar dar conta de pelo menos, 32 sinais de alarme por leito, é algo realmente.

Kesia: eu fiz um teste, uma vez, no plantão, eu, minha terapia intensiva tem treze leitos, eu passei por todos os treze leitos para poder avaliar os alarmes dos monitores. Todos eles estavam como monitorizados, estavam com parâmetros de alarmes muito diferentes. O normal, por exemplo, da frequência cardíaca, 140 para o paciente adulto como normal. Tava lá no alarme do monitor. E aí, a gente começa a pensar, fiz isso num sábado. No outro sábado eu voltei para ver como é que estava. Praticamente todos os outros monitores estavam com alarmes, com parâmetros de alarme diferenciados. Então porque, o pessoal desliga os alarmes. Ou eles aumentam este volume para não poder alarmar. Não vai alarmar nunca porque com frequência cardíaca 140. Quando é que ele vai alarmar? Como normal. Então é difícil. A gente sabe que o grupo que aperta, que modifica os parâmetros para não alarmar, senão fica um barulho incrível dentro do plantão e quem que vai ver?

Roberto: o doente para.

Juliana: Acho que esse negócio de ter um fisioterapeuta, de ter alguém só se tiver alguém responsável. Até como a Theia falou, não exclui o enfermeiro.

Roberto: o enfermeiro tem que tomar isso para si.

Kesia: não é de excluir o enfermeiro, não pode excluir não é porque não seja interessante no envolver o fisioterapeuta neste processo. É porque os fisioterapeutas também estão um pouco envolvidos com a prática. Pelo menos a minha realidade é assim. As privadas ainda não porque ainda estão mais lá. As públicas, em geral, o cara é o que dorme, ele dorme o dia todo, a noite toda, não tem ninguém para render e quem é que fica com isso? É o enfermeiro. E se é a realidade.

Daniel: se a gente for discutir isso, não vai ter fim. Ainda é uma coisa entre áreas. A gente diz que tem que ter cuidado multiprofissional. Nós tínhamos aqui residência multiprofissionais. Nutricionistas, enfermeiros e uma fisioterapeuta. Mas estavam aqui também. Nós havíamos discutido isso lá. No Gafree também, estou como coordenador da residência multiprofissional e o discurso é exatamente sobre isso. Mas é um mérito ainda como pensar em multiprofissionalidade dentro de uma instituição num ser multiprofissional é como você fisioterapeuta é minha amiga. Eu médico, você é médica, você é minha amiga e aí a gente conversa, agente discute um doente, mas ainda o discute sem embasamento (...).

O enfermeiro precisa tomar para si a ciência de que trabalho ele está desenvolvendo é uma outra questão. Se é um trabalho administrativo ou é um trabalho assistencial ou é um trabalho docente. O processo mostra essas três grandes áreas. Agora, se eu sou enfermeiro assistencial, como a Theia mostrou aqui uma realidade de uma enfermeira que é assistencial. Extremamente assistencial. E depende dela. Ela sabe o que é que ela está fazendo. Um profissional como esse

que tem uma capacidade técnica altíssima e tiro ele e coloca numa área para ele ser gerencial. Administrativo. Será que eu ganho com isso? Será que naquela posição ela vai ter condição de ensinar aquele enfermeiro que esta na ponta de assistir aquele doente? Qual é a referência que a gente coloca ai? Será que isso é valido ou não é valido? Eu acho que eu preciso ter profissionais que tenham, que estejam em uma determinada posição, que tenha uma capacidade técnica muito grande. (...)

Rachel: talvez essa seja uma das grandes dificuldades que a gente vivencia hoje. O cara está bom lá na ponta. O tecnicamente bom, claro que com outras questões envolvidas e quando surge uma oportunidade de melhoria no trabalho, um outro tipo de função, é ele que vai. E o que ele faz, será que outro vai fazer, tão prontamente quanto ele executava? E acho que a questão de conhecimento, da formação do enfermeiro pesa. Pesa porque talvez o que hoje esse grupo discute, se a gente for conversar com quem acabou de se sair da graduação, acredito que a grande maioria não faça nem idéia do que é que estamos falando.

Késia: e acho que não só de graduando, mas pós-graduandos também. Os especialistas em terapia intensiva poucos sabem sobre isso.

Roberto: os pós-graduandos dos cursos lacto sensu, não sei como tem sido a experiência de vocês, é uma verdadeira tragédia. Lamentável. Dinheiro, a gente ainda precisa dele, mas a vontade é você abandonar tudo. Vc entra na sala de aula os caras não tem a menor capacidade de argumentação. Os caras entram mudos e saem calados. Na verdade vc chega e eles já perguntam que horas vai terminar. Professor vai até que horas?

Kesia: Eu demorei dois anos para fazer terapia intensiva porque eu achava que eu tinha que ter uma base um pouco mais consistente pratica para poder saber discutir. Quando eu fui fazer a pós, eu me decepcionei completamente. Hoje eu não faço mais. Só se for para título. Infelizmente. Porque hoje não vale mais a pena. O que que eu aprendi? talvez seja uma deficiência minha de ter um tempo maior ou de saber encontrar o melhor tempo para estudar ou pela capacidade de quem está ensinando, te também não to nem ai com vocês e passa. E também para quem está lá no grupo, eu só quero titulo e se eu quero titulo, só o título não importa o que você está dando ai na frente. Vou embora mais cedo, não tem problema.

Roberto: também faz um esforço tremendo. Ontem foi lançado o programa da segurança do paciente. Oficialmente ficou uma coisa linda, maravilhosa. Se não olhar o desenvolvimento do profissional. Foi lançado anteontem. O governo está abrindo a audiência publica para o dia 09 para a gente começar a propor. O governo até tenta de certa forma, isso envolve a questão da segurança do paciente.

Kesia: O programa Qualis também é nacional, que vem trabalhando os indicadores, trabalha os indicadores de segurança, de qualidade. Um seria de coisas dentro do hospital. É uma coisa que a gente está vendo, que tem uma certa preocupação, mas tem uma ponta que a gente não consegue chegar. Então, é o pacote de medida que agente precisa, não dá para fazer uma medida só. Tem que fazer o pacote todo para ter um resultado. Mas para fazer esse resultado é difícil.

Roberto: Theia estava falando que é mais seguro soltar de asa delta do que ficar internado no CTI. O Tecnic Institute, na Pensilvânia, eles reuniram um grupo de profissionais, que avaliam o risco a

mercado seguro, e pediram para que avaliassem o risco relativo do Marine (soldado norte-americano) e em uma unidade de terapia intensiva e no frente de batalha. Qual foi o resultado? O Marine estaria mais seguro, qual foi a conclusão? Se tivesse que fazer um seguro, o seguro ficaria mais barato se ele tivesse em um frente de batalha do que se ele estivesse na terapia intensiva. Quer dizer, tem alguma coisa errada ai nesta prática, porque, aquilo que no senso comum é o porto seguro, que é quando a gente está desesperado, leva para o CTI porque todos os problemas serão resolvidos.

Theia: mas esse é um lugar que a gente não quer ir. (...)

Anexo I – Ata de Parecer Consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa