

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Trabalho 2005 - 1/15

**O PACIENTE SUBMETIDO À VENTILAÇÃO MECÂNICA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM QUE EMERGE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL**

**\*Renato Dias Barreiro Filho - Relator**  
**\*\*Luiz Carlos Santiago**  
**\*\*\*Renata Flávia Abreu da Silva**  
**\*\*\*\*Karinne Cristinne da Silva Cunha**

**RESUMO**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, cujo objetivo foi: identificar os diagnósticos, intervenções e resultados que emergem da prática assistencial do enfermeiro durante o cuidado de pacientes em ventilação mecânica. Os sujeitos foram enfermeiros selecionados pela técnica de amostragem por conveniência com população acessível e para coleta de dados usamos a entrevista semi-estruturada. Observamos surgir das falas dos enfermeiros uma correlação com os diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem propostos por NANDA, NIC e NOC, de forma não sistemática e com definições oriundas da prática assistencial. Quando discutimos os resultados e relacionamos com o tema, não foi surpresa quando emergiu dos discursos pouca relação direta com a ventilação mecânica, porém na essência do discurso as falas relacionam-se significativamente com este fato. Finalizamos sugerindo um movimento em busca da construção de novos conhecimentos científicos na enfermagem, utilizando habilidades intuitivas e diversas formas de tecnologia, na área de ventilação mecânica.

**PALAVRAS-CHAVE:** assistência ao paciente, respiração artificial, cuidados de enfermagem.

\*Enfermeiro Mestre Intensivista do Instituto Nacional de Cardiologia-INC, Coordenador da Educação Permanente. Rio de Janeiro-RJ, renato\_barreiro@yahoo.com.br

\*\*Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO – Doutor em Enfermagem, Rio de Janeiro-RJ.

\*\*\*Enfermeira Mestre Intensivista do Instituto Nacional de Cardiologia, Membro da Gerência de Risco do INC, Rio de Janeiro- RJ

\*\*\*\*Enfermeira Doutoranda em Neuroimunologia da Universidade Federal Fluminense-UFF, Enfermeira Assistencial do INC, Rio de Janeiro-RJ.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardia

## Trabalho 2005 - 2/15

**ABSTRACT**

This is a descriptive and exploratory study, whose aim was: to identify the diagnoses, interventions and results that emerge from the practice of nursing care for the care of patients on mechanical ventilation. Subjects were selected by nurse's technique of sampling for convenience with population and accessible for collection of data we used the semi-structured. We see emerging from discourse of nurses to correlate with the diagnoses, interventions and results in nursing offered by NANDA, NIC and NOC, but not systematic, with settings from the practice care. When discussing the results and relate to the theme, was no surprise when they emerged from speeches little direct relationship with mechanical ventilation, but the essence of the speech discourse relate significantly to this fact. We end suggesting a movement towards construction of new science in nursing, using intuitive abilities and various forms of technology in the area of mechanical ventilation.

**KEY-WORDS:** Patient Care, Respiration, Artificial, nursing care.

**RESUMEN**

Se trata de un descriptivo y estudio exploratorio, cuyo objetivo era: identificar los diagnósticos, intervenciones y resultados que surgen de la práctica de los cuidados de enfermería para el cuidado de los pacientes en ventilación mecánica. Los sujetos fueron seleccionados por las enfermeras de la técnica de muestreo por conveniencia con la población y accesibles para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada. Vemos que salen de un discurso de las enfermeras que son equivalentes a los diagnósticos, las intervenciones y los resultados en enfermería ofrecidos por NANDA, NIC y NOC, pero no sistemática, con la configuración de la práctica de atención. Al discutir los resultados y se relacionan con el tema, no fue una sorpresa cuando surgieron de los discursos poco relación directa con ventilación mecánica, pero la esencia del discurso del discurso se refieren en gran medida a este hecho. Al fin y al que sugiere un movimiento hacia la construcción de la nueva ciencia de enfermería, utilizando la capacidad intuitiva y diversas formas de tecnología en el ámbito de la asistencia respiratoria mecánica.

**PALABRAS-CLAVE:** Atención al Paciente, Respiración Artificial, atención de enfermería

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Trabalho 2005 - 3/15

## CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

Este estudo é parte integrante da dissertação de mestrado intitulada: **O PACIENTE SUBMETIDO À VENTILAÇÃO MECÂNICA: A RELAÇÃO ENTRE O CUIDAR DO ENFERMEIRO E A MECÂNICA RESPIRATÓRIA**, onde na apresentação e discussão dos resultados emergiram duas categorias: elementos essenciais para a construção do julgamento clínico do enfermeiro no cuidado com o paciente em respiração artificial, ou seja, em ventilação mecânica (VM) e o cuidado do enfermeiro ao paciente em VM: da relação interpessoal à tecnologia dura.

O cuidado, pilar da enfermagem, vem sendo discutido no meio acadêmico em relação à sua cientificidade, eficácia e efetividade. Entretanto, alguns saberes necessários aos enfermeiros ainda encontram-se em déficit na formação profissional destes, afirmação esta surgida de nossa prática como docentes em cursos de pós-graduação. Dificuldade para articular teoria e prática o que pode ser confundido com um cuidado frio e mecanizado.

Um dos assuntos mais pertinentes acerca do exemplo acima citado é o cuidado realizado em pacientes ventilados mecanicamente, ou em ventilação mecânica (VM). De fato, esta situação exige do enfermeiro um escopo profissional significativamente ampliado <sup>(1)</sup> e, para isso, há a necessidade de uma adequada associação entre teoria e prática.

A utilização da VM surgida na década de 50 cresceu enormemente a partir da criação das primeiras unidades de tratamento intensivo, na década de 60 <sup>(2)</sup>. No início da referida década a assistência a pacientes em VM era realizada por médicos, e a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), não havia outros profissionais atuando neste contexto. No entanto, atualmente esse cuidado vem se caracterizando como um cuidado multidisciplinar aos pacientes em VM de uma forma ampla. Foram assumidas práticas assistenciais até então específicas da enfermagem como: montagem do ventilador, *check-list* do aparelho, definição de parâmetros iniciais, aspiração de vias aéreas, mudança de decúbito, acompanhamento gasométrico, desmame ventilatório, entre outros.

Na nossa forma de pensar, este fato possibilita uma atenção multiprofissional aos pacientes em ventilação mecânica. Porém, é no julgamento clínico, na conduta

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Gardã

**Trabalho 2005 - 4/15**

clínica durante a prestação do cuidado e na avaliação dos resultados, que o enfermeiro fortalece a profissão, formando conceitos, pareceres e opiniões, que levarão a um comportamento, assistencial, voltado para a articulação com a visão holística:

Muitas das funções anteriormente desempenhadas por enfermeiros têm sido exercidas por especialistas em áreas correlatas. Não obstante, é o enfermeiro que continua a ser responsável pelo bem-estar do paciente de cuja assistência é incumbida. A vigilância, o empenho e a perícia do enfermeiro bem preparado são essenciais à sobrevivência do paciente, e um cuidado competente e impregnado de afeto é necessário para manter o ser humano, na integridade de sua pessoa, durante a enfermidade crítica por que passa <sup>(3)</sup>.

Outro ponto a ser discutido, refere-se ao fato de que os profissionais que estão presentes nas unidades de terapia intensiva durante as 24 h, com uma visão de cuidado holístico, são os enfermeiros, que compõem a equipe de enfermagem. Por isso, estes profissionais precisam ter um olhar crítico que anteceda complicações, bem como estar capacitados para cuidar dos possíveis desequilíbrios observados nas inter-relações entre equipe-tecnologia-paciente-ambiente-família, sendo o paciente o epicentro do cuidado.

Todavia, nossa prática tem mostrado que os enfermeiros não reconhecem seu papel no cuidado ao paciente em VM, acreditamos que possa ser esta a razão para o déficit em relação a este conhecimento em específico, conforme observamos em nosso cotidiano e, inclusive, apontado em estudo anterior <sup>(4)</sup>.

Não conseguem visualizar o cuidado que já desenvolvem, cuidam visando o bem estar e conforto do paciente, ou seja, buscam e otimizam a utilização das tecnologias leve e leve-dura; mais não procuram aprimoramento quanto a utilização adequada das tecnologias duras disponíveis e acabam por gerar cuidados subotimizados quando se refere a estas tecnologias. E o que buscamos é justamente o somatório e integração dessas tecnologias e saberes onde quem mais se beneficia é o próprio paciente, além é claro, do mercado que ganha com profissionais mais tecnicamente qualificados. Associado a isto, o fato de que alguns teóricos relacionam o manuseio das tecnologias duras à descaracterização do cuidado de enfermagem <sup>(5-7)</sup> poderia estar levando os enfermeiros na contramão da busca deste saber.

Ora, o ventilador mecânico é um equipamento moderno, um avanço tecnológico aplicado à saúde, que tem como finalidade, prover ventilação e oxigenação adequadas para os pacientes com incapacidade muscular causada por fatores etiológicos diversos, que os impede de manter a ventilação espontânea <sup>(8)</sup>. Logo, esta tecnologia, na realidade, não pode ser visualizada simplesmente como uma máquina, uma tecnologia

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 2005 - 5/15**

fria e seu funcionamento mecânico. Neste contexto passa a ser uma extensão do corpo que está submetido aos cuidados multidisciplinares, necessitando também ser cuidada e entendida quanto as suas potencialidades e sua utilização otimizada <sup>(9-11)</sup>.

Além disso as práticas e saberes da enfermagem estão além da dimensão biológica, quando afirma que esta se tornou insuficiente para dar conta das múltiplas dimensões do cuidado da enfermagem <sup>(12)</sup>. Corroborando com este fato descrições de que são várias as ciências que incidem sobre o cuidado <sup>(13)</sup>.

Observamos em nossa prática, que o enfermeiro geralmente se posiciona ao cumprimento de rotinas e protocolos estabelecidos, inclusive em relação à VM, preocupando-se apenas com fatores como: montagem do equipamento, uso e manutenção de circuitos, traquéias e filtros. Contudo, ao levarmos em conta que o cuidado encontra-se, além disso, verificamos a necessidade do estabelecimento do “*saber-fazer*” para adequada conduta clínica do enfermeiro na implementação do plano de cuidados <sup>(14)</sup>.

Com base na contextualização descrita, acreditamos que o enfermeiro, não sendo conhecedor da importância das bases científicas no seu fazer, estabelece seu cuidado em pacientes em VM, associando de forma objetiva os diagnósticos e as intervenções específicas na busca de resultados. Acreditamos que a falta deste reconhecimento se deve ao fato de que a sistematização da assistência, no que se refere ao registro, por se encontrar inserida de forma distante da prática, leva à crença de que o diagnóstico só é realizado se utilizamos, por exemplo, a nomenclatura descrita pela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) <sup>(15)</sup>.

Acreditamos também que o enfermeiro já realiza a sistematização da assistência (avaliação-diagnóstico-intervenção e resultados) de forma automática, porém não registra, já que está intrínseco no seu cuidar e na tomada de decisão/intervenção que é uma ação que o enfermeiro executa o tempo todo na sua prática espontaneamente.

Entretanto, de nossa prática emerge diagnósticos e intervenções do vocabulário próprio provenientes da prática diária <sup>(16)</sup>. E corroborando com essa premissa, é fato que, a partir do momento em que são realizadas as intervenções, houve com certeza um diagnóstico prévio.

Assim, destacamos como objeto deste estudo a relação entre o cuidado exercido pelo enfermeiro em pacientes em VM e os diagnósticos e intervenções emergidos da prática.

Para isso, lançaremos mão do seguinte objetivo:



**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 2005 - 6/15**

- Identificar os diagnósticos, intervenções e resultados que emergem da prática assistencial do enfermeiro durante o cuidado de pacientes em VM;

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, onde os sujeitos foram enfermeiros com mais de um ano de atuação em terapia intensiva, pois acreditamos que este seria um tempo suficiente para busca de conhecimento científico que embasasse o cuidar nestas unidades de alta complexidade.

Os sujeitos do estudo foram selecionados pela técnica de amostragem por conveniência com população acessível (amostragem não-probabilística), e a idade dos profissionais variou entre 23 e 46 anos, sendo que a maioria se concentrou na faixa de 26 a 32 anos. O tempo médio de experiência prática em UTI foram de quatro anos.

Os cenários foram as Unidades de Terapia Intensiva Cardiológica Adulto, distribuída em Unidade Cardiológica Intensiva Clínica (UCIC) composta de 07 leitos, Unidade de Terapia Cardiológica Intensiva Cirúrgica (UTCIC) composta de 20 leitos e Unidade Coronariana (UCO) composta de 12 leitos, localizadas no Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

A justificativa para a opção por estas unidades surgiu da complexidade dos pacientes ali atendidos e a centralização os pacientes submetidos à VM.

Para a coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada. Estas entrevistas foram individuais, gravadas em fitas magnéticas cassete e posteriormente transcritas obedecendo ao princípio de anonimato e sigilo. É oportuno informar que os sujeitos entrevistados foram identificados pela letra A maiúscula, de acordo com a ordem de participação totalizando 26 entrevistados, isto é, A1 à A26.

O estudo atendeu às especificações da resolução 196/96 e o código de ética de enfermagem, seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e o cronograma de atividades foi desenvolvido e concluído no triênio 2005-2007. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do INC em 10 de outubro de 2006 e registrado sob o nº 0120/29/09.06.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na enfermagem, o epicentro do cuidado é o paciente que demarca o espaço de todas as ações de enfermagem. O enfermeiro não pode por lei e nem por dever moral

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 2005 - 7/15**

abrir mão de sua responsabilidade de cuidar e de ensinar a cuidar baseado no sistema complexo que é o paciente. Logo, são as necessidades dos pacientes que determinam os cuidados de enfermagem de que carecem <sup>(17)</sup>. Sendo o alicerce no qual se fundamenta a construção do julgamento clínico iniciado na vida acadêmica e sedimentado na prática cotidiana, a partir daquilo que se vê, e daquilo que se faz, se torna necessário uma breve discussão sobre diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem.

A necessidade de um sistema de classificação, para estruturação dos problemas de enfermagem, levou pesquisadores a buscar um instrumento ou modelo metodológico, na tentativa de definição mais clara do corpo de conhecimento exclusivo da enfermagem.

A primeira tentativa de classificação ocorreu em 1929, quando através de um estudo objetivava separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos. Posteriormente em 1953, foram identificadas cinco áreas de necessidades do paciente, que considerou como foco para os diagnósticos de enfermagem <sup>(18)</sup>.

Abdellah em 1960, com os 21 problemas de Abdellah e Henderson, em 1966, com as 14 necessidades humanas básicas de Henderson são considerados precursores das tentativas de sistematização taxonômica na enfermagem <sup>(18)</sup>.

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta, na década de 60 foi um importante marco ao propor uma assistência de enfermagem sistematizada, fundamentada na teoria das necessidades humanas básicas <sup>(19)</sup>.

Na busca de um alicerce que sustentasse às ações de enfermagem com ênfase nos problemas do paciente, a NANDA em 1973, desenvolveu um sistema de classificação dos Diagnósticos em Enfermagem, a Taxonomia da NANDA. Esta Taxonomia define o foco do cuidado de enfermagem e representa para os enfermeiros a diferenciação das outras profissões da saúde <sup>(18)</sup>.


A definição oficial de diagnóstico de enfermagem aprovada em conferência da NANDA em março de 1990, é:

“um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem visando ao alcance de resultados pelos quais a enfermagem é responsável” <sup>(20)</sup>.

Na instituição onde foi desenvolvido este estudo, a sistematização da assistência com a utilização do diagnóstico de enfermagem, as intervenções baseadas no

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza


 Iracema Gardia

**Trabalho 2005 - 8/15**

juízo clínico e no conhecimento na busca de resultados que avaliem a eficiência e a qualidade do cuidado de enfermagem ainda é muito embrionária e focal, restringindo-se a alguns setores discussões acadêmicas sobre o assunto.

No entanto, surge das falas dos enfermeiros diagnósticos de forma não sistemática e com definições oriundas da prática assistencial, porém com uma correlação com os diagnósticos de enfermagem propostos por NANDA. Correlacionaremos os diagnósticos propostos por NANDA com os diagnósticos emergentes da prática assistencial, que têm associação com a intervenção VM.

<b>RELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO DA NANDA E DIAGNÓSTICOS EMERGENTES DA PRÁTICA RELACIONADOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA</b>	
<b>NANDA</b>	<b>EMERGENTES DA PRÁTICA</b>
Ventilação espontânea prejudicada	(...) Paciente que não consegue alcançar parâmetros normais (A3). (...) Relação de troca, paciente descansa a musculatura e toda a função respiratória e a máquina dá suporte a ele (A7). (...) Não é capaz de coordenar os seus próprios movimentos respiratórios (A9). (...) Precisa de suporte ventilatório na anestesia e na recuperação pós-cirúrgica (A10)
Troca de gases prejudicada	(...) a adquirir O <sub>2</sub> e eliminar outros gases para suprir o corpo (A9). (...) necessita mais do O <sub>2</sub> do que do ar ambiente ou aquele que não consegue captar esse oxigênio no ambiente (A17)
Padrão respiratório ineficaz	(...) prevenção do paciente futuramente fadigar e precisar de uma medida mais grave (A25)

Como o diagnóstico de enfermagem proporciona seleção das intervenções de enfermagem, segundo a definição da NANDA, buscamos as intervenções, que são “qualquer tratamento, baseado no juízo clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo paciente/cliente”, associadas à ventilação mecânica <sup>(21)</sup>.

Correlacionaremos as intervenções de enfermagem propostas na Classificação das Intervenções de Enfermagem, NIC (Nursing Interventions Classification), com as intervenções emergentes da prática assistencial para os pacientes em VM <sup>(22)</sup>.



**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza


Iracema Gardã

**Trabalho 2005 - 9/15**

<b>RELAÇÃO ENTRE A INTERVENÇÃO VENTILAÇÃO MECÂNICA SEGUNDO NIC E A PRÁTICA ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO</b>	
<b>NIC</b>	<b>EMERGENTES DA PRÁTICA</b>
1. Monitorar fadiga muscular:	(...) acompanhar gasometria; (A5). (...) observar batimento da asa de nariz; (A16)
2. Consultar outros profissionais na escolha de um modo de ventilação:	(...) to sempre procurando participar do <i>round</i> para poder orientar toda a equipe de como vai conduzir isso (A14). (...) falar com médico ou fisioterapeuta para iniciar o desmame; (A5)
3. Iniciar o ajuste e a aplicação do ventilador e monitorar rotineiramente os parâmetros do ventilador	(...) verificação dos parâmetros do ventilador; (A1). (...) se ta ciclando; a mistura gasosa ta adequada; (...) pressões adequadas para o ventilador; (A13). (...) observar se no circuito há escape; (A20)
4. Orientar o paciente e a família, sobre as razões e as sensações esperadas associadas ao uso do ventilador:	(...) primeiro lugar deve envolver a comunicação, a interação com paciente; (A17). (...) interagir com o paciente; (A18). (...) tem que ter uma visão holística do doente tem que englobar a família; (...) tem que explicar de acordo com o nível do conhecimento da família. (A22)
5. Assegurar que os alarmes do ventilador estejam ativados:	(...) adequar os alarmes ao padrão que o doente ta apresentando naquele momento; (A12)
6. Administrar agentes paralisantes musculares, sedativos e analgesia com narcóticos, quando necessário:	(...) o paciente intubado a gente tem que sedar (A17)
7. Monitorar a eficácia da VM sobre o estado fisiológico e psicológico do paciente:	(...) se ele ta confortável; (...) angústia; (A8)
8. Iniciar Técnicas de relaxamento, quando adequado:	(...) dar um conforto emocional; conversar; (A7). (...) consciente ou inconsciente dar apoio emocional; (A24)
9. Verificar regularmente as conexões do ventilador:	(...) têm filtro ou não, como ta ventilando; se ta pervingo o tubo (A3) (...) necessidade de manter esse sistema fechado para os pacientes que estão em recrutamento ventilatório; (A13)
10. Assegurar a mudança dos circuitos do ventilador:	(...) tempo de circuito, que não tem preconizado; (A20). (...) troca de filtro a cada 24 horas; (A25)
11. Usar técnica asséptica, quando adequado:	(...) técnica asséptica, é um grande fator de infecção pulmonar; (A1)
12. Monitorar o progresso do paciente com base nos ajustes atuais do ventilador e realizar as mudanças adequadas:	(...) os cuidados vão atuar no restabelecimento da função pulmonar; (A7). (...) ver se ele não ta entrando numa insuficiência respiratória e voltar aos parâmetros anteriores; (A19)
13. Monitorar os efeitos adversos da VM	(...) parâmetros hemodinâmicos; (A1). (...) conferir saturação do paciente; (A8). (...) risco de desenvolver uma pneumonia, ou algum outro acidente, pneumotórax; barotrauma se não for

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza


 Iracema Gardia

**Trabalho 2005 - 10/15**

	bem monitorizado. (A10) (...) risco do barotrauma; (A20)
14. Posicionar o paciente para facilitar a combinação ventilação/perfusão	(...) mudança do decúbito; (A1). (...) verificar a posição; (...) intensificar a mudança de decúbito; (A3). (...) ter atenção no movimento do paciente no leito; (A9)
15. Colaborar com o médico para uso de pressão de suporte ou PEEP	(...) observar..., que PEEP ele está; (...) avaliar o grau de comprometimento (A18) (...) PEEP alta ou baixa; (...) se você tirar isso o alvéolo pode colabar, se o paciente está em recrutamento (A9)
16. Realizar fisioterapia respiratória	(...) procurar suporte de fisioterapia; (A3) (...) cuidados técnicos com a movimentação desse paciente (A9)
17. Realizar aspiração com base na presença de ruídos adventícios	(...) e se necessita aspirar mais vezes; (...) caso de precisar fluidificar; (...) secreção sanguinolenta; (A1) (...) saber quando o paciente necessita de uma toaleta; (A4) (...) exame físico, avaliação semiológica, ausculta, roncós (A7)
18. Promover ingestão adequada de líquidos e nutrientes	(...) paciente com dieta (A10) (...) posicionamento adequado da sonda ororental (A13) (...) se ele ta com dieta (A19)
19. Providenciar cuidados orais de rotina:	(...) previne a infecção respiratória, associando uma higiene oral decente; (A15). (...) às vezes paciente está sialorreico; (A21)
20. Monitorar os efeitos das mudanças no ventilador quanto à oxigenação:	(...) verificar oximetria; $F_i O_2$ ; (A3) (...) gasometria: melhor parâmetro para você saber o que esta acontecendo (A8) (...) observar a queda de $SatO_2$ , $PaO_2$ ; (A17)
21. Monitorar parâmetros referentes à mecânica respiratória	(...) sinal de desconforto respiratório, cabeceira elevada para expandir melhor (A2) (...) qualidade da respiração do paciente (A5) (...) observar volume corrente, o modo respiratório (A10) (...) principalmente a resistência das vias aéreas (A11) (...) pneumotacógrafo, (...) conectar o doente ao capnógrafo; (...) monitorizar radiografia de tórax (A12) (...) musculatura acessória (A13) (...) frequência respiratória, batimento de asa de nariz (A16)

Como os diagnósticos e as intervenções buscam os resultados que refletem uma condição real do paciente foi desenvolvido a Classificação dos Resultados de Enfermagem <sup>(22)</sup>, NOC (Nursing Outcomes Classification), complementando a Taxonomia da NANDA e da NIC.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 2005 - 11/15**

Buscamos a correlação dos resultados associados ao Estado Respiratório (0410, 0402 e 0403) e as ligações NANDA-NOC, com os diagnósticos que tem como intervenção de enfermagem a VM.

<b>RELAÇÃO ENTRE RESULTADOS DE ENFERMAGEM PROPOSTOS POR NOC COM OS RESULTADOS EMERGENTES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA OS PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA</b>	
<b>NOC</b>	<b>EMERGENTES DA PRÁTICA</b>
Estado neurológico: Consciência	( ) nível de consciência (A4) (...) estado de vigilância; se ta vigilante (A21)
Dispneia em repouso ou aos esforços não presentes	( ) paciente com dispneia (A5) (...) incursões respiratórias; (...) esforço respiratório; (A16) (...) se está brigando com o respirador (A19)
Estado respiratório: desobstrução de via aérea	(...) se não aspirar paciente faz rolha, secretivo; broncoaspira (A5). (...) presença de secreções no tubo; (A7). (...) observar uma possível oclusão de tubo; (...) intercorrências podem levar a parada cardíaca por oclusão do tubo.(A12) (...) na nossa prática destacaria a não desobstrução das vias aéreas, como o principal fator que pode desencadear (A15)
Expansibilidade simétrica do tórax	(...) pode fazer atelectasia. (A6) (...) posso pensar numa seletividade (A8) (...) monitorizar radiografia de tórax (A12) (...) avaliação de expansibilidade, ritmo, frequência (A17)
Uso da musculatura acessória não presente e função muscular:	(...) se ele ta brigando ou não; se ta num modo que a demanda não exige; (...) ele quer uma coisa e a máquina quer outra (A8) (...) musculatura acessória (A13) (...) sempre observo os parâmetros de pressão (A15)
Sonolência não presente:	(...) paciente acordando não sabe o que está acontecendo.(A13)
Equilíbrio da perfusão/ventilação:	(...) principalmente na coronária, sobrecarga hídrica, monitorização das infusões (A5). (...) ver que decúbito vai deixar mais tempo o paciente.(A14)
Estado respiratório: Troca de gases, e, saturação de oxigênio dentro dos padrões esperados:	(...) acompanhar gasometria (a5) (...) avaliar os gases; (A17) (...) observar..., que PEEP ele está (A18) (...) verificação da oximetria (A23)

Estas correlações fortalecem nossa afirmação inicial de que se a intervenção existe, é porque houve um julgamento clínico que levou a um diagnóstico e que busca

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 2005 - 12/15**

um resultado, mesmo que o enfermeiro não considere que fez um diagnóstico prévio, realizou uma intervenção e avaliou resultados.

Esta afirmação contraria autores quando afirmam que os enfermeiros não estão realizando o diagnóstico de enfermagem e, conseqüentemente, fragmentam os cuidados (23).

Acreditamos que este processo de enfermagem assistemático que está inserido no julgamento clínico do enfermeiro tem fortalecimento nas práticas educativas que se iniciam no período de formação profissional e se sedimentam com a habilidade intuitiva destes profissionais no cuidado, e guardam estreita relação com a ventilação mecânica.

Alguns relatos fortalecem a argumentação da habilidade intuitiva:

*(...) fui aprendendo de ouvido (A4).*

*(...) tinha visão voltada para o maquinário; (...) primeira coisa que faço é inspeção no paciente; (...) nossa tendência é ver prótese (A8).*

*(...) não tem uma rotina; (...) faz coisas do dia-a-dia; (A14).*

*(...) faço os diagnósticos em cima das observações que eu fiz para implementar os cuidados (A16).*

*(...) a gente deveria perceber anormalidades antes; (...) tudo isso faz parte do nosso cuidado, da nossa conduta. (A17)*

*(...) basicamente avaliação em cima de avaliação; (...) eu veria minhas condutas de acordo com minha avaliação, ou seja, o diagnóstico de Enfermagem (A22)*

Esta habilidade intuitiva é foco de vários estudiosos e há evidência da relação direta da habilidade intuitiva com a experiência dos enfermeiros, detectando três níveis de intuição denominados iniciante, padrão e veterano. É no nível padrão, com profissionais de três a oito anos de experiência, onde se concentram nossos sujeitos deste estudo, que os enfermeiros manifestaram um sentido de autoconfiança em identificar, reconhecer, focalizar e confiar na intuição em sua prática (24).

A teoria e a prática da enfermagem dependem da experiência, dos conceitos, da participação e da visão que cada profissional de enfermagem tem do mundo e da profissão, não há separações, ambas se confundem de forma articulada e harmoniosa, direcionando o cuidar, constituindo não só a ciência, mas refletindo a arte em enfermagem.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

Trabalho 2005 - 13/15

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando buscamos a conduta clínica e a relação do cuidar com os parâmetros fisiológicos, observamos uma utilização, pouco sistemática, de tecnologias que perpassam pelas relações, pelos saberes, e pelos instrumentos necessários para sua interação com outro ser humano no ato de cuidar. Cuidado este que surge com uma visão de relação social que vai além dos procedimentos técnicos e da assistência às necessidades físicas.

Como reflexão quando discutimos os resultados e relacionamos com o tema, não foi surpresa quando emergiu dos discursos pouca relação direta com a ventilação mecânica, porém na essência do discurso as falas relacionam-se significativamente com este fato. Assim, pensamos que quando buscamos o julgamento clínico do enfermeiro consideramos as concepções do binômio saúde-doença na sua visão universal, entretanto, descobrimos que não há uma sistematização de assistência ao paciente em VM, pois, conforme as falas deste estudo, a conduta clínica acontece sempre de forma individual e não coletiva.

A arte de cuidar e de ensinar a cuidar deve ser preservada, mas tornam-se imprescindível à pesquisa, as buscas por diagnósticos de situações que surjam da prática assistencial dos enfermeiros com taxonomias oriundas do seu cuidar, como ocorreu neste estudo, interferindo nos modelos utilizados no cuidar que ainda confundem o paciente com a doença.

Gostaríamos de deixar claro que este estudo não esgota nem tampouco responde todas as questões referentes à Enfermagem e a VM, entretanto temos a convicção que ela pode contribuir com novas pesquisas. Principalmente no momento que surgem novos conhecimentos que estavam enclausurados nas entrelinhas da nossa prática cotidiana, e mostram os enfermeiros sensíveis, experientes e práticos como portador e produtor de conhecimento.

Finalizamos sugerindo um movimento em busca da construção de novos conhecimentos científicos, na educação permanente, na sistematização de assistência de enfermagem, e com a utilização de habilidades intuitivas e diversas formas de tecnologia, na área de VM e, mais especificamente na busca pela estabilização da mecânica respiratória, abrindo um novo horizonte para enfermagem neste contexto.



TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Trabalho 2005 - 14/15

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASHURST S. Cuidados de enfermagem de doentes ventilados mecanicamente em UCI: 1 e 2. Nursing, São Paulo, v. 120, p. 20-27, ano 10, março 1998.
2. CARVALHO CRR. (ed.). Ventilação Mecânica, Volume I – Básico. São Paulo: Atheneu, 2000. (Séries Clínicas Brasileiras de Medicina Intensiva).
3. SWEETWOOD HM. Enfermagem na Unidade de Tratamento Respiratório Intensiva. 2ed.. São Paulo: Andrei, 1982.
4. CARDOSO VLR. Avaliação da Atuação da Equipe de Enfermagem no Manuseio dos Respiradores Mecânicos, 1983. Relatório Apresentado ao Curso de Habilitação Enfermagem Médico-Cirúrgico, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
5. MEYER DE. Como conciliar Humanização e Tecnologia na Formação de Enfermeiras/os? Revista Brasileira de Enfermagem. V. 55, n.2, p.189-195, 2002.
6. BARRA DCC et al. Evolução Histórica e Impacto da Tecnologia na Área da Saúde e da Enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.08, n.03, p.422-430, 2006. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm)
7. SILVA MJP. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA EA, NISHIDE VM, NUNES WA. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo: Atheneu, 2000
8. BARREIRO RDF, SILVA LD. Ventilação Mecânica – Aspectos Relevantes para Otimização da Assistência de Enfermagem. In: SILVA LD. Assistência ao Paciente Crítico - Fundamentos para a Enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2001. p. 273-337.
9. BARREIRO RDF. Falando sobre a tecnologia e o cuidado de enfermagem na UTI – (um estudo sobre o pneumotacógrafo). In: ENCONTRO NACIONAL DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, 6º, 2006, Rio de Janeiro. Disponível em Anais do Evento, EEAN/UFRJ (Nuclearte), 2006.
10. SILVA RFA, BARREIRO RDF, SILVA RCL, NASCIMENTO MAL. Tecnologia Subsidiando o Cuidado de Enfermagem: otimizando a monitorização com oxímetro de pulso. I Encontro de Professores e Pesquisadores de Enfermagem e(m) Saúde Coletiva e I Mostra da Produção Científica de Enfermagem e(m) Saúde Coletiva / UNIRIO, 2007.
11. SILVA RCL, PORTO IS. O Significado do Cuidado na Unidade de Terapia Intensiva e a (Des)construção do Discurso da Humanização em Unidades Tecnológicas. UFRJ/EEAN, 2006. Tese (Doutorado) em Enfermagem – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


**Trabalho 2005 - 15/15**

12. ORNELLAS CP. A enfermagem e suas bases de sustentação teórica: a construção de um marco conceitual. Rio de Janeiro: Cuidado é fundamental: Caderno de Pesquisa.v.2, n.2, p.50-55; 1998.
13. NASCIMENTO, MAL. O Cuidado de Enfermagem e as Ciências que Nele Incidem. Revista Enfermagem Brasil, n3, maio/junho, 2004. p. 165-69.
14. FIGUEIREDO NMA. DO ATO MÉDICO PARA O ATO DE ENFERMAGEM: princípios para uma prática autônoma de enfermagem. In ENCONTRO NACIONAL DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM, 4º, 2004, Rio de Janeiro. Disponível em Anais do Evento, EEAN/UFRJ (Nuclearte), 2004.
15. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA: definições e classificação-2005-2006/ organizado por North American Nursing Diagnosis Association; Tradução Cristina Correa, Porto Alegre: Artmed, 2006.
16. CÂMARA ACG. Terminologias de diagnóstico de enfermagem em atendimento a clientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. In: VIII SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM-SINADEN, 2006, João Pessoa, Paraíba. Disponível em Anais do Evento, ABEn, 2006.
17. NIGHTINGALE F. Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo (SP): Cortez/ABEn-CEPEEn; 1989.
18. NOBREGA MML, GUTIÉRREZ MGR Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA TR, NOBREGA MML (Org.). Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo. João Pessoa: Idéias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS. (ISBN-85-86867-49-7)
19. HORTA VA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
20. CARPENITO LJ. Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica; trad. Ana Thorell. 8. ed.Porto Alegre: Artmed, 2002.
21. JOHNSON M, MAAS MERIDEAN; MOORHEAD S. Classificação dos Resultados de Enfermagem. Tradução Regina Garcez. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
22. McCLOSKEY JC, BULECHEK GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Trad. Regina Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
23. FOSCHIERA FV. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. Revista eletrônica de enfermagem, v. 06, n. 02, p. 189-198, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br). Acesso em 28 de Janeiro de 2007.
24. SILVA AL. **Habilidade intuitiva no cuidado de enfermagem.** São Paulo: Revista Latino Americana de Enfermagem, 2003 julho-agosto; 11(4): 429-35.