



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR DO DOENTE COM
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

SÍLVIA MARIA CORDEIRO COSTA FRAGOSO

Coimbra, setembro de 2014



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR DO DOENTE COM
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO**

SÍLVIA MARIA CORDEIRO COSTA FRAGOSO

Orientador: Professor Mestre Rui Carlos Negrão Baptista

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Coimbra, setembro de 2014

Deus quer, o homem sonha e a obra nasce.

Fernando Pessoa

Desejo dedicar o trabalho em especial às minhas filhas Inês e Rita, ao Quim meu marido e aos meus pais, por todo o apoio concedido e pelo tempo que não lhes dediquei.

Desejo também dedicar a todos os que contribuíram para o estudo, nomeadamente ao meu orientador, Professor Mestre Rui Baptista.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BiPAP- Bilevel Positive Airway Pressure

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

DPCO - Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

EAP - Edema Agudo do Pulmão

EPAP - Expiratory Positive Airways Pressure

EOT - Entubação Orotraqueal

HD - Hospital Distrital

IPAP - Inspiratory Positive Airways Pressure

p. - Página

PEEP - Pressão Expiratória no Final da Expiração

SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UVNI - Unidade de Ventilação Não Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A técnica de ventilação não invasiva (VNI) já mostrou ser eficaz em vários tipos de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada (Ferreira *et al.*, 2009). Para a utilização desta modalidade ventilatória, existem evidências em que, os profissionais devem estar treinados e serem detentores de conhecimentos, destacando-se um desenvolvimento importante da aplicação da mesma (Esquinas *et al.*, 2011 e Hess, 2013). O presente estudo versa *a percepção do enfermeiro no cuidar do doente com ventilação não invasiva num serviço de internamento de um Hospital Distrital (HD)*. Para o efeito considerámos para a nossa investigação utilizar um estudo descritivo, exploratório nível I, com uma abordagem qualitativa e atribuímos como objetivo descrever e analisar a percepção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento. Como técnica de colheita de dados recorreremos às entrevistas semi-estruturadas, que foram objeto de gravação áudio e o tratamento dos dados foi efetuado com base na análise de conteúdo segundo Bardin (2011). Quanto aos resultados identificados, destacamos:

As estratégias para o desenvolvimento profissional, mostra que a experiência capacita os profissionais de competências técnicas e relacionais. Sugere-nos relacionar a formação/conhecimento com a eficácia e o sucesso de utilização desta técnica. Na estratégia de adaptação do doente à VNI, ressalta que o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) mostra ser importante, bem como a vigilância do doente. Além disso, parece que a aceitação do doente influencia o sucesso de utilização desta técnica, bem como a autonomia e a experiência anterior do mesmo. Quanto às estratégias de manutenção da VNI, os enfermeiros valorizam a vigilância do doente e é atribuída importância aos ensinamentos ao doente/família, sendo ainda conferido valor à existência de protocolos nos serviços. No que se refere às complicações da VNI sobressaí, o desconforto/dor do doente e o risco do aparecimento de úlceras de pressão no nariz.

Palavras-chave: Enfermagem, cuidar, ventilação não invasiva.

ABSTRACT

The Non Invasive Ventilation technique has proven effectiveness in several types of acute respiratory failure or chronic respiratory failure in acute phase (Ferreira *et al.*, 2009). For the proper usage of this ventilatory technique, there are evidences that the professionals have to be well trained and well acquainted with the subject, thus leading to a significant development of its implementation (Esquinas *et al.*, 2011 and Hess, 2013). The present study focus on the perception of the nurse taking care of the patient with non-invasive ventilation in a county hospital's medicine unit. Hence we have considered for our investigation to conduct a descriptive study, exploratory level I, with a qualitative approach and set a goal to describe and analyse the nurse's perception on taking care of the patient with non-invasive ventilation in a medicine unit. The data collection technique used was semi-structured interviews, with audio recording, and the collected data was processed according to the content analysis by Bardin (2011). From the identified results we highlight:

The strategies for the professional development, shows that the experience provides the professionals with technical and social skills. It suggests that there is a correlation between training/knowledge and the efficiency/success of this technique usage. In the strategy of the patient's adaptation to non-invasive ventilation, it highlights the importance of team work among the care professionals (nurses and doctors) as well as the surveillance of the patient. Besides, it suggests that the patient's acceptance influences the success of this technique as well as its independence and its previous experience. Concerning the strategies for the maintenance of non-invasive ventilation, the nurses value more the surveillance of the patient and given high importance to the patient/family coaching and furthermore the existence of working protocols in place. Regarding the non-invasive ventilation complications, it emphasizes the pain/discomfort of the patient and the risk of producing pressure nose ulcers.

Keywords: Nursing, caring, non-invasive ventilation.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: 1- Máscara nasal; 2- Máscara nasal e arnês.....	58

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Domínios dos cuidados de enfermagem.....	34
Quadro 2 - Domínios da função de ajuda.....	36
Quadro 3 - Domínios da função de educação e de guia.....	39
Quadro 4 - Domínios da função de diagnóstico e de vigilância.....	41
Quadro 5 - Domínios da tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida.....	43
Quadro 6 - Domínios da administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos....	44
Quadro 7 - Domínios no assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados.....	46
Quadro 8 - Domínios da capacidade de organização e de distribuição de tarefas.....	48
Quadro 9 - Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	52
Quadro 10 - Indicação para VNI na insuficiência respiratória aguda.....	54
Quadro 11 - Parâmetros preditivos de sucesso da VNI.....	55
Quadro 12 - Vantagens e desvantagens dos vários tipos de interfaces.....	59
Quadro 13 - Caracterização dos enfermeiros intervenientes na investigação.....	81
Quadro 14 - Sistema de Categorias – (Área Temática/ Categorias).....	83
Quadro.15 - Síntese da área temática, categorias e unidade de análise – Complicações da VNI.....	84
Quadro 16 - Relação entre a área temática estratégias para o desenvolvimento profissional e as categorias emergentes.....	86
Quadro 17 - Síntese da área temática estratégias para o desenvolvimento profissional.....	94

Quadro 18 - Relação entre a área temática estratégias para a adaptação do doente à VNI e as categorias emergentes.....	96
Quadro 19 - Síntese da área temática estratégias para a adaptação do doente à VNI.	107
Quadro 20 - Relação entre área temática estratégias para a manutenção dos cuidados e as categorias emergentes.....	110
Quadro 21 - Síntese da área temática estratégias de manutenção dos cuidados.....	114
Quadro 22 - Relação entre área temática complicações da VNI e as categorias emergentes.....	115
Quadro 23 - Síntese da área temática - Complicações da VNI.....	119

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	22
PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	26
1. O ENFERMEIRO NA PRÁTICA DOS CUIDADOS.....	26
1.1. O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO.....	27
1.2. DOMÍNIOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	34
2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.....	50
2.1. INDICAÇÕES GERAIS.....	50
2.2. A ADAPTAÇÃO DO DOENTE À VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.....	62
2.3 VANTAGENS DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	64
2.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	65
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	71
1. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	71
1.1. CONTEXTO DO ESTUDO E OBJETIVOS.....	72
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	72
1.3. TIPO DE ESTUDO.....	73
1.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	75
1.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	76
1.6. TRATAMENTO DOS DADOS.....	77
1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	79

PARTE III - APRESENTAÇÃO DOS ACHADOS.....	81
1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	81
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS.....	82
2.1. SISTEMA DE CATEGORIAS.....	82
PARTE IV- DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....	85
1. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO	
DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO.	85
1.1. ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	85
1.2. ESTRATÉGIAS PARA A ADAPTAÇÃO DO DOENTE À VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	96
1.3 ESTRATÉGIAS PARA A MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS.....	109
1.4. COMPLICAÇÕES DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA.....	115
2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, FORMAÇÃO E	
INVESTIGAÇÃO.....	120
REFLEXÃO FINAL.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126

ANEXOS.....132

ANEXO 1 - GUIÃO DE ENTREVISTA

ANEXO 2 - PEDIDO FORMAL AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HD

ANEXO 3 - CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

ANEXO 4 - ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE - ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

ANEXO 5 - ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE - ESTRATÉGIAS PARA A ADAPTAÇÃO DO DOENTE À VNI

ANEXO 6 - ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE - ESTRATÉGIAS PARA A MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS

ANEXO 7 - ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE – COMPLICAÇÕES DA VNI

INTRODUÇÃO

O Curso de Pós- licenciatura em Enfermagem Médico -Cirúrgica que terminei em 2007 foi um contributo para adquirir o entendimento de que as práticas do cuidar em enfermagem necessitam de serem mostradas e recuperadas para se tornarem públicas, no sentido de serem valorizadas e legitimadas. Além disso, a investigação sobre a prática permite uma reflexão coletiva que pode construir o conhecimento e criar novas áreas para a investigação (Benner, 2001).

Com o intuito de dar continuidade ao mencionado, candidatámo-nos ao Curso de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica, com a consciência de que a investigação é o caminho a seguir para a enfermagem oferecendo assim novos caminhos à profissão (Collière, 2000).

A investigação para dar o seu contributo visando uma “maior significação aos cuidados de enfermagem” tem de se manter próxima dos utilizadores dos cuidados e dos que prestam, para ser possível em conjunto estimulá-los, tornando acessíveis e utilizáveis os resultados obtidos (Collière, 2000).

Benner (2001, p. 68) apresenta os domínios e competências no âmbito dos cuidados de enfermagem, os mesmos “ilustram a abordagem interpretativa fundada na situação, permitindo a identificação e a descrição dos conhecimentos incluídos na prática clínica”. O nosso estudo centra-se em torno dos sete domínios identificados pela autora e que os enfermeiros possuem:

- A função de ajuda;
- A função de educação, de guia;
- A função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente;
- A tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida;
- A administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos;
- Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde;
- As competências em matéria de organização e de repartição das tarefas.

Neste entendimento, o nosso enfoque temático versa a percepção do enfermeiro no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento, ou seja, julgámos pertinente debruçarmo-nos sobre o modo segundo o qual o enfermeiro constrói em si a representação e o conhecimento que possui das coisas, pessoas e situações neste âmbito do cuidar.

No decorrer da década de 40 até aos nossos dias, destaca-se um desenvolvimento importante da VNI, verificando-se um aumento progressivo de artigos disponíveis na *Pub-Med* sobre a temática. Os resultados obtidos e publicados nos estudos, foram importantes para que ocorresse um aumento significativo na aplicação desta técnica, fundamentalmente em doentes com insuficiência ventilatória (Esquinas *et al.*, 2011).

É certo, segundo as evidências, que para a utilização desta modalidade ventilatória, os profissionais devem estar treinados e serem detentores de conhecimentos no âmbito da VNI. (Esquinas *et al.*, 2011 e Hess, 2013).

Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 4) refere que:

“as competências clínicas a desenvolver pelos enfermeiros para dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas organizam-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida na enfermagem, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade”.

Também, a instituição onde se desenvolveu o estudo HD tem como premissa a melhoria dos cuidados e confere aos seus profissionais a responsabilidade de dar resposta às necessidades do doente, de acordo com as melhores práticas disponíveis.

O desenvolvimento deste estudo coincidiu com o início de funções num serviço de internamento de um HD. Até ao presente (período de quinze anos) desenvolvemos funções num serviço de urgência na área do doente crítico. No contexto atual do nosso desempenho, tivemos a oportunidade de observar diversas situações no cuidar do doente com VNI. Através destas observações informais, podemos constatar a presença de dificuldades no cuidar, sobretudo no manuseamento do equipamento e material. Estas foram-nos também referenciadas de forma informal pelos pares em contexto da prática clínica. A este respeito, importa referir que o funcionamento e dinâmica dos serviços de medicina deste hospital são muito semelhantes, portanto, a necessidade do enfermeiro

cuidar do doente com VNI pode surgir em qualquer momento da prática.

A realidade acima descrita veio servir de suporte para o início da nossa investigação, baseando-nos para isso, sobretudo na revisão do conhecimento e na nossa experiência profissional nesta área dos cuidados, e no reconhecimento da importância da técnica para o sucesso da VNI pela comunidade científica.

Neste contexto, partilhámos a opinião de Benner (2001) quando nos diz que o conhecimento prático constrói-se no decorrer do tempo, sendo necessário que os enfermeiros adquiram ferramentas de forma a desenvolver e a melhorar esse saber fazer.

Então, é de todo pertinente intervir, já que o desenvolvimento do conhecimento e sua aplicabilidade é fundamental para a “melhoria constante” no atendimento ao utente (Hungler *et al.*, 2001).

Sendo assim, julgámos importante desenvolver a presente investigação em que atribuímos como objetivos **descrever e analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.**

Neste estudo, procurámos questionar **como é percecionado pelos enfermeiros o cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.** Assim, a nossa investigação enquadra-se num estudo descritivo, exploratório nível I, com uma abordagem qualitativa.

A estrutura deste trabalho de investigação organiza-se em cinco partes.

Na primeira, procurámos contextualizar o estudo atribuindo um enfoque sobre os temas que julgámos fundamentais, ou seja: o enfermeiro na prática dos cuidados, onde procuramos refletir e clarificar a importância do desenvolvimento profissional do enfermeiro nos vários domínios e competências dos cuidados de enfermagem. Além disso, também foi desenvolvido a temática alusiva à VNI, nomeadamente as considerações gerais, as vantagens, a importância da adaptação do doente e os cuidados de enfermagem no cuidar do doente com VNI.

Na segunda parte, apresentamos a metodologia de investigação utilizada no presente trabalho, descrevendo-a de forma clara e sintética.

A terceira parte corresponde à caracterização da amostra, apresentação e análise dos achados.

A quarta parte do trabalho diz respeito à discussão dos achados empíricos produzidos.

Por último, apresentamos a reflexão final expondo o que julgámos de mais pertinente, as implicações do estudo para a prática, investigação e formação bem como as limitações do estudo.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

1 - O ENFERMEIRO NA PRÁTICA DOS CUIDADOS

Cada enfermeiro presta serviço para a sociedade e deve fazê-lo de uma forma competente. A competência profissional caracteriza-se “fundamentalmente como juízo e ação sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito, também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns”. O aperfeiçoamento profissional “mais do que mera atualização dos conhecimentos, com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências” (Ordem dos Enfermeiros, p. 28).

O exercício profissional dos enfermeiros segundo o Decreto de Lei nº 104/98 de 21 de Abril, inscreve-se num contexto multiprofissional, podendo reconhecer-se as intervenções interdisciplinares (iniciadas por outros técnicos da equipa, ex. prescrições médicas), e as intervenções autónomas (iniciadas pelo enfermeiro). Relativamente às primeiras, o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação, no que se refere à segunda, o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação da técnica e da intervenção.

O campo de competências dos cuidados de enfermagem tem-se mantido ao longo dos anos e a ação de enfermagem situa-se relativamente a tudo o que aperfeiçoa as condições que favoreçam o desenvolvimento da saúde, visando a prevenção, delimitando a doença e, por outro lado, em relação a tudo o que revigora a pessoa doente (Collière, 2000).

Já, Hesbeen (2000, p. 67) refere-se aos cuidados de enfermagem como “uma ação interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas”.

A profissão de enfermagem é vista assim como uma disciplina em rápida transformação norteada para a sua afirmação enquanto ciência e profissão, tratando-se de evoluções e exigências profundas relativamente ao nível da formação, prestação de cuidados, investigação e gestão (Neves, 2004).

1.1 - O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

A sociedade atual caracteriza-se pela mudança a vários níveis (social, económico e político, entre outros), em que o conhecimento considerado pelos profissionais como atualizado no momento atual, depressa pode se tornar ultrapassado. É indiscutível que a enfermagem tem desenvolvido um percurso notável, em sucessivo reajuste, dentro do nosso contexto social em constante mudança, onde o conhecimento técnico-científico vai aumentando em quantidade e complexidade e se vão igualmente modificando as atitudes e os valores (França, 2012).

Os serviços de saúde são o palco do exercício profissional, ou seja, onde são praticados os cuidados de enfermagem. São o seu espelho, importando apostar ao nível dos serviços para garantir a evolução dos cuidados de enfermagem (Collière, 2000).

Se considerarmos que os serviços como o lugar

“onde muitos podem lançar mão de sua própria perspetiva e entendimento acerca das coisas, de si e dos outros, podemos considerar que o trabalho e, conseqüentemente, o cuidado em saúde, fundam-se no encontro entre os sujeitos em que o abrir-se para o outro aumenta o espaço para as ações de cuidado que podem produzir efeitos na vida dos trabalhadores e dos usuários” (Duarte et al., 2012, p. 87)

Um dos desafios para o setor da saúde passa pela formação de um cuidado direcionado pela integralidade, onde o trabalho em equipa é encarado como um dos elementos que promovem esse processo (Duarte et al., 2012).

Sendo os serviços de saúde locais onde diariamente existe uma “mistura de emoções” partilhadas entre a equipa profissional e os utentes, onde a atitude ou o comportamento dos envolvidos pode influenciar e assim marcar a diferença (Agostinho, 2010).

Podemos considerar que num serviço de internamento são prestados cuidados de saúde a indivíduos que, após admitidos, é-lhes estabelecido um diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência mínima de uma noite, sendo exemplo o serviço de medicina (Agostinho, 2010). Neste contexto, os profissionais de enfermagem têm oportunidades acrescidas, pela natureza da própria profissão de exercerem a “arte de cuidar”, pois por um lado no decorrer do internamento, têm possibilidade de através de tudo o que constitui a enfermagem, permanecer de uma forma mais próxima das pessoas. Por outro lado, porque os cuidados de enfermagem “são pouco pontuados por

ações científicas quantitativas”, fato que viabiliza “um espaço de liberdade para atuarem como verdadeiros prestadores de cuidados” (Hesbeen, 2000, p. 46). Assim, o enfermeiro tem à sua disposição um tempo de ação mais prolongado do que os outros profissionais de saúde, o que lhe confere a possibilidade de efetuar mais algo por alguém. Partindo do princípio que os cuidados de enfermagem são compostos essencialmente por múltiplas ações que são uma infinidade de «pequenas coisas», apesar do lugar tomado pelas ações técnicas, oferecem a possibilidade de mostrar uma «grande atenção» ao utilizador de cuidados e seus familiares, no decorrer do tempo das vinte e quatro horas do dia (Hesbeen, 2000).

Se considerarmos a relação de ajuda segundo Phaneuf (2004), esta é original na medida em que a pessoa que a estabelece, ou seja a enfermeira que ajuda, está focada fundamentalmente para o outro, para o seu vivido e seu sofrimento. A enfermeira procura promover no outro “o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Phaneuf, 2004, p. 324). Segundo a autora, os conceitos base da relação de ajuda são:

- A confiança no ser humano e o respeito pela sua dignidade,
- A tendência atualizante que impulsiona a explorar as suas potencialidades,
- A importância da autonomia da evolução pessoal,
- A necessidade da relação como húmus favorecedor do desenvolvimento do ser humano,
- A utilidade da enfermeira como instrumento e modelo de mudança.

Para que a relação de ajuda faça parte integrante dos cuidados, importa que a enfermeira desenvolva as suas capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais, para isso, é fundamental que seja detentora de saberes, habilidades e atitudes que cooperem para uma elevada competência neste domínio (Queirós, 1999). A empatia e o respeito são considerados pelo mesmo autor, como as atitudes essenciais para a relação de ajuda no cuidar em enfermagem, decorrendo do pensamento de Chalifour (1989). Portanto, na relação de ajuda, o enfermeiro deve estar recetivo a quem ajuda e desperto para as suas reações e sentimentos pessoais e desta forma, desenvolver capacidades de relacionamento interpessoais para conseguir ajudar o outro (Melo, 2005).

Cabe ao profissional de saúde o papel de orientador e interlocutor sobre as diferentes dimensões da vida e da pessoa. O principal foco de educação para a saúde relaciona-se

com as atitudes e os comportamentos para a saúde. O comportamento para saúde, isto é, “o padrão e comportamento observável, as ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria de saúde” (Gochmn citado por Rodrigues *et al.*, 2005), tem-se centrado prioritariamente na mudança do comportamento individual ou nos fatores intrapessoais (atitudes ou crenças), como os determinantes do comportamento com vista a promover um melhor estado de saúde. Para o profissional informar o doente acerca dos riscos não é um processo fácil, pois requer necessariamente conhecimentos científicos marcados para ajudar a avaliar a formação e divulgação das mensagens apropriadas. Sempre que as mensagens chegam a alguém, podem originar variados e distintos efeitos como a aceitação, interesse, negação ou medo (Rodrigues, 2005). Martin (2003) citado por Rodrigues (2005) apresenta alguns resultados de investigações, acerca dos fatores determinantes do tipo de percepção que as pessoas têm sobre o risco:

- O risco tende ser menos valorizado se entendido como involuntário;
- O risco tende a ser menos valorizado se os resultados negativos são susceptíveis de acontecer somente em parte da população e há inclusive uma parte que parece ter benefícios;
- A percepção de risco reduz aquando a eventualidade de presença de uma medida eficaz;
- É importante haver uma medida, mas igualmente ter a percepção da capacidade de concretiza-la (auto-eficácia);
- A ameaça de risco é maior quanto mais se desconhece a origem desse risco;
- Os riscos que derivam de ameaças naturais parecem ser entendidos como menos ameaçadores que os que derivam de ações do próprio homem;
- O risco parece ser mais ameaçador quando se conhecem as vítimas afetadas.

A percepção é definida por Morujão (1989-1992) citado por França (2012, p. 31) como “uma operação mental de um sujeito através da qual ele recebe no seu espírito um determinado objeto do conhecimento, o que efetivamente pode ser considerado indistinto de pensamento”. Seja o que for que se perceba está sempre enquadrada num contexto de uma outra coisa. A percepção como que agrupa as nossas sensações num mundo único, individual (França, 2012). Merleau- Ponty citado pela mesma autora (2012, p.34) diz-nos que “na percepção, nós não pensamos o objeto, nós estamos no

objeto e confundimo-nos com este corpo que sabe mais do que nós do mundo”.

França (2012, p. 37), acrescenta que tudo o que é percebido “é racional e é intersubjetivo, porque me encontro sempre numa estrutura de coexistência. Não somos uns sem os outros passando por nós, pelo nosso corpo e as coisas existem umas para as outras, numa verdadeira correlação. A verdadeira percepção é sempre um correlato”.

Por outro lado, o matemático e analista dos sistemas Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Dreyfus (1980) desenvolveram um modelo de aquisição de competências sobre o estudo de jogadores de xadrez e de pilotos de aviões. Este modelo determina que na aquisição e no desenvolvimento de competências, passa-se por cinco níveis sucessivos de proficiência, aquando da aquisição de competências. Benner percebeu que este modelo, de aquisição de competências de Dreyfus & Dreyfus (1980), poderia ser ajustado à enfermagem e ser a base dos conhecimentos clínicos e do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001). O modelo adaptado e generalizado ao desenvolvimento de competências dos enfermeiros, segundo a mesma autora, é formado por cinco níveis: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Explica que realizou um estudo a cinquenta e uma enfermeiras experientes, onze enfermeiras recém formadas e cinco estudantes no último ano, conduzidas em seis hospitais, com a finalidade de ajustar e de melhor descrever as características das ações executadas por enfermeiras em fases diferentes de aquisição de competências. A partir da análise da situação e de muitas outras e pelo modelo de Dreyfus tornou-se viável descrever as características, os comportamentos relativamente a cada nível de desenvolvimento e identificar de uma forma geral as necessidades no que respeita ao ensino/aprendizagem em cada nível. Neste contexto, Benner (2001) define:

- Estado1: Iniciado – não possuem experiência relativamente às situações que possam surgir;
- Estado2: Iniciado Avançado – possuem um comportamento que pode ser considerado aceitável, uma vez que já experienciaram suficientes situações, elas próprias ou sob orientação, para se notar os fatores significativos que se reproduzem em situações semelhantes e que o modelo Dreyfus qualifica por aspetos da situação;
- Estado 3: Competente – exercem as suas funções no mesmo serviço há dois ou

três anos, onde se tornam competentes quando começam a aperceber as suas ações no que respeita aos seus objetivos ou aos seus planos a longo prazo dos quais têm consciência,

- Estado 4: Proficientes – apercebem-se das situações na sua globalidade e não simplesmente em aspetos isolados, e as suas ações são norteadas por máximas. A percepção neste estado é uma palavra-chave, sendo baseada na experiência e nos acontecimentos recentes.
- Estado 5: Perito – a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio “para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado”. A enfermeira perita, que possui muita experiência, compreende de maneira intuitiva, cada situação e apreende diretamente o problema. Nesta situação, a teoria oferece o que pode ser explicado, no entanto a prática é mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que podem apreender pela teoria.

Segundo a mesma autora, a percepção tem pontos em comum com a capacidade de reconhecimento. Por sua vez, a capacidade de reconhecimento da enfermeira traduz o resultado de muitas horas de cuidados e de observação direta do doente. Do modelo de Dreyfus importa referir que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das atuações” (Dreyfus citado por Benner, 2001, p. 63). O enfermeiro experiente passa do estado de compreensão da situação à ação adequada, em que o seu agir na prática é executado de uma forma intuitiva e sem perda de tempo, sobre um amplo campo de soluções e de diagnósticos possíveis. A pessoa experiente é flexível e apresentam uma grande capacidade de adaptação e de competências. (Dreyfus, citado por Benner, 2001). Também importa referir que o conhecimento integrado da prática do “saber fazer”, das enfermeiras peritas não se encontra muitas vezes referenciado, facto que condiciona o desenvolvimento deste conhecimento a partir da sua própria experiência. Esta lacuna na descrição levou à falta de reconhecimento e de retribuição face à prática de enfermagem, assim é fundamental que seja efetuado uma descrição do conhecimento prático para o desenvolvimento e alargamento da teoria em enfermagem, assim, os enfermeiros peritos possuem um dever acrescido na presente vertente do conhecimento (Benner, 2001).

Segundo Kim (2010), o conhecimento em enfermagem é resultante de dois vetores:

- Conhecimento privado relacionado com a experiência, com a clínica, com o saber pessoal, ético, processual, intuitivo e relacional, que se desenvolve em cada um dos atores no contexto profissional da prática.
- Conhecimento público está relacionado com o conhecimento empírico, teorias, evidências científicas, protocolos das sociedades científicas e consensos. Sendo a enfermagem uma disciplina prática, os enfermeiros são utilizadores destes conhecimentos de uma forma conjunta e simultânea.

Por sua vez a formação de base ou a formação permanente assume um papel importante no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, no sentido de originar condutas, comportamentos e atitudes (Collière, 2000).

A formação deve viabilizar que os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros possam responder prontamente às necessidades de vida, isto é:

- *“permitir descobrir a vida dos homens, no seu quotidiano, e em diferentes meios de vida, partindo do conhecimento desses meios de vida;*
- *reduzir o afastamento que há entre as ideologias veiculadas e os meios que utiliza; particularmente entre o local do exercício profissional e o local de ensino;*
- *partir das situações vividas e permitir a aprendizagem da reflexão a partir das situações, socorrendo-se dos diferentes domínios do conhecimento”*(Collière, 2000, p. 339).

Se a sociedade se transforma e o ser humano é parte integrante dessa sociedade, implica certamente que o mesmo acompanhe essa (intermultitrans) formação/ (intermultitrans) educação. Assim, o homem está em constante formação/educação, uma vez que todas as situações e espaços da sua vida (positivos ou negativos) são formadores/educadores. Além disso, a globalidade do processo de formação e educação possibilita a (des)atualização constante do homem (Silvestre, 2011). Para Dias (1998) citado por Silvestre (2011, p. 76), o conceito da

“palavra grega morphé, deriva da palavra latina formar e envolve a dupla ideia de ação de formar e de resultado dessa ação (...) Quer enquanto atividade, quer enquanto resultado, a formação caminha sempre de mãos dadas com a mudança que forma, deforma, informa, enforma, transforma todas as coisas”.

Os diferentes tipos de saber têm como desígnio ajudar as pessoas a assumir e a desenvolver as suas potencialidades como pessoas, as suas atitudes e comportamentos, a sua autonomia, iniciativa e criatividade, a sua capacidade de relacionamento e de trabalho de grupo. Neste contexto, Silvestre (2011, p. 77) baseado em Faure (1977), Harrow (1977), Bloom *et al.*, (1979), Piaget (1999) procura traduzir e entender os mesmos:

- O saber “implica a capacidade que cada pessoa tem de pensar”
- O “saber ser obriga a que cada um se conheça”, isto é “conhece-te a ti mesmo, e realize introspeções que lhe permitam adaptar-se e desenvolver capacidades e competências que lhe permitam concretizar de forma intermultitransversal os restantes saberes”
- O “saber estar envolve o campo das atitudes e comportamentos, da moral, da ética e dos valores”. Neste caso a pessoa tem de se conhecer muito bem (saber ser) para saber agir.
- O “saber fazer estabelece a capacidade de cada um em agir (ação)”. Para isso a pessoa tem de querer, tem de acreditar que é capaz, munido de autoconfiança e autoestima necessária para resolver com a técnica que também aprendeu.
- O “saber aprender a aprender advém de toda a aprendizagem feita nos diferentes contextos, domínios (cognitivo, afetivo e operativo)”, para tal a pessoa deve ter a humildade e disponibilidade total.
- O “saber a aprender a desaprender, que neste mundo em galopante transformação é urgente promover, implica a mobilização de todos os anteriores, numa total intermultitransversalidade dos mesmos”.

Atendendo a Collière (2000), a formação passa essencialmente por preparar os profissionais de enfermagem, a descobrir, reconhecer situações, e procurar com as pessoas, o que para elas possa ter sentido, bem como “procurar que a enfermeira aprenda a cuidar de tal maneira que aí encontre satisfação”. É a partir do questionamento acerca das diversas situações da prática dos cuidados que se torna possível, de forma adequada, mobilizar vários conhecimentos diferenciados, possibilitando desta forma o desenvolvimento do saber profissional. Será aí que se pode recrutar e adaptar os conhecimentos provenientes da situação e os que “iluminam o seu significado”.

1.2 - DOMÍNIOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os domínios do cuidar em enfermagem apresentados neste trabalho fundamentam-se em Benner (2001), que através de uma abordagem interpretativa da situação descreve “a prática de enfermagem”. Assim, trinta e uma competências emergiram das entrevistas realizadas a enfermeiras, que no decorrer das mesmas, foi-lhes solicitado que descrevessem episódios onde cuidavam de doentes e mostrassem tanto quanto possível, o que pensavam, o que interpretavam dos acontecimentos, assim como da cronologia das ações e dos resultados. Após uma descrição rica da prática das entrevistas e das notas que foram lidas várias vezes na tentativa de passar do particular para o geral e depois de serem validadas pela equipa de pesquisa para validação consensual, foram identificados sete domínios apresentados no quadro nº 1. Estes foram identificados a partir dos exemplos considerados como representativos de uma competência em particular. Segundo a mesma autora, “a força deste método é que emerge de situações de casos reais e não de modelos ou situações hipotéticas elaborados por especialistas” (2001, p. 71).

Quadro nº1- Domínios dos cuidados de enfermagem

Domínios dos cuidados de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">➤ A função de ajuda➤ A função de educação, de guia➤ A função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente➤ A tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida➤ A administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos➤ Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de Saúde➤ As competências em matéria de organização e de repartição das tarefas
--	---

A função de ajuda

Os doentes recorrem ao enfermeiro na procura de diferentes tipos de ajuda que não esperam receber de outros profissionais de saúde. Constatou-se segundo Benner (2001) que um grande número de enfermeiras estava consciente que o problema de receber e procurar ajuda dependia dos indivíduos. Estas, procuravam ao máximo limitar o sentimento de obrigação do doente para com elas, na tentativa de serem delicadas e evitar que se estabeleça um contato social ou que o doente se sinta em dívida para com elas. Como nos refere (Benner, 2001, p. 75) “Procurar ajuda e recebê-la são dois problemas diferentes. Uma pessoa pode ser ajudada sem o ter pedido, mas pode pedir ajuda sem ser capaz de a receber”.

Julgamos difícil recombinar, o psicológico e o físico, no contexto da prática clínica no sentido de efetuar uma abordagem global ao doente, uma vez que estamos perante o “reinado da tecnologia”. No entanto, dos exemplos descritos nesta obra podemos verificar que a abordagem global está presente na relação, onde são envolvidos o doente e a enfermeira; “trata-se por vezes simplesmente de ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite” (Benner, 2001).

A este respeito Phaneuf (2004) considera a presença para o outro um valor essencial, levando-nos a pensar que é fácil a sua aplicação pois na verdade significa «estar lá», no entanto os cuidados de enfermagem invocam aspetos mais específicos que simbolizam a confiança e a tranquilização da pessoa, supondo “uma abordagem humana e benevolente”.

A função de ajuda foi subdividida em oito competências segundo Benner (2001) como podemos verificar no quadro nº 2.

Quadro nº 2 - Domínios da função de ajuda

Domínio	Competências
Função de ajuda	A relação de cura: criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza A presença: estar com o doente Otimizar a participação do doente para que este controle a sua própria cura Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para as controlar e gerir Reconfortar e comunicar pelo toque Trazer um apoio efetivo e informar as famílias dos doentes Guiar os doentes aquando das mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico – propor novas escolhas, eliminar as antigas: guiar, educar, servir de intermediário Agir como mediador psicológico e cultural Utilizar objetivos com um fim terapêutico Estabelecer e manter um ambiente terapêutico

O domínio da função de ajuda incentiva os enfermeiros a estabelecer orientações destinadas a estarem disponíveis para ajudar os doentes nas diversas situações do contexto da prática, atendendo à especificidade de cada uma em função da situação. Igualmente se incita as enfermeiras a expandir a sua capacidade de ajuda de forma “que o restabelecimento e a estimulação dos doentes tenham tanta importância como a técnica” (Benner,2001, p.99).

Relativamente à primeira competência, ou seja a relação favorecedora de recuperação e de cura, as enfermeiras mostraram que existia relação de cura entre o doente e a enfermeira, por exemplo um doente pode regularizar o seu ritmo respiratório que irá

favorecer a sua moral e até a cura. Neste caso, são descritas várias etapas do processo relacional que segundo Benner (2001) são as seguintes: Uma esperança comum ao doente e à enfermeira; Uma interpretação ou uma compreensão aceitável da doença, da dor, da ansiedade, ou de outras emoções fonte de stress; Uma ajuda ao doente para aceitar um apoio social, emocional ou espiritual.

No contexto da prática diária as enfermeiras são confrontadas com várias situações em que não existe muitas alternativas de intervenção para prolongar a vida de um doente, no entanto e se possível, aciona medidas para melhorar a qualidade de vida, acompanhando-o na procura de encontrar meios para o confortar, a ele e à sua família. Neste caso, a competência do enfermeiro relaciona-se em tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza.

O simples fato da presença do enfermeiro junto do doente também foi identificado como importante para o doente, realçando o toque e as relações estabelecidas entre o enfermeiro e o doente.

Outra competência do enfermeiro consiste em ajudar o doente a compreender que ele próprio participa no que lhe fazem e na sua cura, ou seja otimiza a participação do doente para que ele controle a sua própria recuperação.

Identificar o tipo de dor e selecionar a estratégia mais adequada para a controlar e gerir visando responder aos particulares tipos de dor do doente também faz parte integrante das competências dos enfermeiros.

O proporcionar conforto e comunicar através do toque com o doente é igualmente considerado, pois as enfermeiras utilizaram “tradicionalmente o toque como uma abordagem terapêutica” segundo a autora “o toque veicula numerosas mensagens e deve ser utilizado com discernimento” (Benner, 2001, p. 89).

A família apresenta um papel importante, enquanto interlocutor na cura do doente, sendo esta considerada tão “determinante quanto a do tratamento”. Assim deve fazer parte das competências do enfermeiro na prática de cuidados o proporcionar apoio afetivo e informar as famílias dos doentes e a capacidade de perceber quando deve permitir que as famílias possuem um “maior” papel e quando as deve substituir.

A competência de guiar os doentes aquando de mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico, propondo uma nova escolha e eliminar as antigas; guiar, educar e servir de intermediário encontra-se relacionado com a enfermeira em contexto de psiquiatria no decorrer da sua função específica, quando ocorrem crises agudas devido à natureza da doença mental e do próprio serviço de psiquiatria. Neste contexto a enfermeira que presta cuidados aos doentes psiquiátricos deve agir como mediador psicológico e cultural, ou seja, serve de intermediária entre o doente e “um mundo mais normal”, pois muitas vezes eles não sentem nem vêem as coisas da mesma maneira como as outras pessoas. Outra competência que podemos encontrar relaciona-se com o atribuir a possibilidade ao doente de poder investir numa terapia, num determinado período de tempo, onde o enfermeiro no âmbito da psiquiatria, mostra a utilidade dos objetivos que devem ser realistas (práticos) e estarem ao alcance do doente para o fazer progredir. O estabelecer e manter um ambiente terapêutico com os outros membros do grupo terapêutico faz parte da responsabilidade da enfermeira, isto envolve explicar aos doentes os acontecimentos de forma a não gerar más interpretações, e igualmente criar uma “atmosfera de confiança e de comunicação partilhadas” (Benner, 2001).

Neste âmbito, Moss (2005) citado por Agostinho (2010), na atual dinâmica organizacional nomeadamente na vertente da saúde, é fundamental que as diversas equipas sejam extremamente eficazes, possuindo para isso, um bom nível de conhecimentos e de competências emocionais.

Função de educação, de orientação

A função de educar, orientar o doente faz parte integrante dos cuidados visando a recuperação do doente, sendo notório que “as enfermeiras sabem o quanto é importante educar o doente”, ou seja “ Tornam familiar aquilo que assusta ou que é estranho ao doente.” (Benner, 2001). As competências referentes à função de educação e guia são apresentadas no quadro nº 3.

Quadro nº 3- Domínios da função de educação e de guia

Domínio	Competência
Função de educação e de guia	O momento: quando o doente está pronto a aprender Ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida Saber e compreender como o doente interpreta a sua doença Fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões dos tratamentos A função de guia: torna abordáveis e compreensíveis os aspetos culturalmente tabus de uma doença

O enfermeiro deve saber os aspetos chave para que um doente possa ser educado eficazmente, isto é “saber onde está o doente; em que medida está aberto às informações; decidir quando o fazer mesmo quando ele não parece pronto”.

Quando se espera uma deficiência temporária ou permanente do doente causado pela sua situação, o enfermeiro deve ajudar o doente a interiorizar as implicações da sua doença e a recuperação do seu estilo de vida, ou seja fornecer ao doente e família opções que possam permitir “tirar o melhor partido possível das suas capacidades para continuar a levar uma vida ativa e aceitável” evitando a inatividade e o isolamento.

Proporcionar ao doente momentos para que ele possa manifestar-se acerca da sua interpretação sobre o seu estado de doença, respeitando-o, “pode ter um papel importante na experiência que o doente tem sobre a sua doença, assim como na sua cura” (Benner,2001, p. 109). Uma vez que os doentes muitas vezes têm a sua própria interpretação e compreensão do seu estado de saúde, importa que as enfermeiras na sua prática considerem esta competência.

Como nos é referido pela autora, “cada vez mais os doentes devem e querem saber o que lhes fazem”, daí a pertinência desta competência, isto é o enfermeiro fornece uma interpretação do estado de saúde do doente e dá as razões dos tratamentos, admitindo os

limites da sua compreensão e até que ponto o mesmo necessita de ser e querer ser informado.

As enfermeiras através da sua formação e experiência, desenvolvem capacidades de observação e compreensão das diferentes formas de viver e de encarar “a doença, o sofrimento, a dor, a morte ou o nascimento”. A sua função de guia, de tornar abordáveis e compreensíveis os aspetos culturalmente inacessíveis a um doente, torna-se importante pois oferecer meios para que o doente possa compreender, controlar melhor, aceitar e até triunfar “face àquilo que lhes pode acontecer e que eles não conhecem” (Benner, 2001, p. 113).

Já Rodrigues (2005, p. 19) refere que, em conferências internacionais é expressa o princípio da causalidade múltipla do processo saúde/doença, que determina as estratégias de promoção de saúde norteadas para a capacitação das pessoas e comunidades, de forma a elevar o controlo das determinantes da saúde. Assim, a educação deve contribuir de forma a oferecer conhecimentos, “influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida.”

A função de diagnóstico e de vigilância do doente

Na prática, o enfermeiro é quem passa mais tempo com o doente e deteta, na sua maioria, os primeiros sinais de alarme. Além disso, note-se que o número de doenças e de procedimentos por doente aumentou de uma forma galopante. Assim, a enfermeira assistiu a um desenvolvimento significativo da sua função de diagnóstico e de vigilância do doente, sendo considerado “a tarefa principal”, mesmo se “não conseguem fazer reconhecer completamente este papel”. A importância das capacidades de percepção e de reconhecimento pela enfermeira é considerado “o elemento central” (Benner, 2001, p. 121).

Segundo Merleau-Ponty citado por França (2012, p. 33) “ a percepção como que reúne as

nossas sensações num mundo único, individual”.

Apresentamos no quadro seguinte as competências inerentes ao domínio da função de diagnóstico e de vigilância.

Quadro nº 4- Domínios da função de diagnóstico e de vigilância

Domínio	Competência
Função de diagnóstico e de vigilância	Detetar e determinar mudanças significativas do estado do doente Fornecer um sinal de alarme precoce: antecipar uma crise e uma deterioração do estado do doente, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico Antecipar os problemas: pensar no futuro Compreender os pedidos e os comportamentos tipos de uma doença: antecipar as necessidades do doente Avaliar o potencial de cura do doente e responder às diferentes estratégias do tratamento

A competência das enfermeiras em detetar e determinar, muitas das vezes, as alterações do estado do doente assume cada vez mais uma posição de destaque, pois não só esta competência é composta de reconhecimento, mas também necessita da determinação experiente dos sinais para que a informação transmitida ao clínico seja suficientemente convincente.

Fornecer um sinal de alarme precoce, isto é antecipar uma crise ou deterioração do estado do doente antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico pela observação de sinais que indiciam alterações do estado do doente antes do aparecimento de sinais evidentes e objetivos de mudanças. A capacidade de reconhecimento do enfermeiro “faz muitas vezes a diferença para a recuperação do doente”.

A competência das enfermeiras em antecipar os potenciais problemas do doente e o que fariam para os resolver apoiam-se sobretudo nos casos reais que experienciaram

anteriormente. A transmissão adequada da informação às enfermeiras a quem passam o doente, perspetivando as situações que possam surgir ou problemas que aguardam resolução.

As enfermeiras verificaram que a sua experiência a longo prazo facilita a identificação da “doença só pela observação da forma como os doentes a enfrentavam” e assim possibilitava a antecipação das suas necessidades e a criação de estratégias que podiam minimizar a ansiedade e otimizar a possibilidade de cura.

Avaliar o potencial de cura do doente e responder às diversas estratégias de tratamento, servindo de guia para os objetivos e as estratégias de tratamento. Uma avaliação realista do potencial de recuperação é “baseada na ideia de que um individuo tem potencialidades, mesmo se lhe falta um bem - estar e um ajustamento perfeitos” (Benner,2001, p. 130).

Neste entendimento, Basto e Portilheiro (2003) citado por Serrano (2008) referem-nos que o sentido que o enfermeiro atribui à sua prática, relaciona-se com o seu conceito de cuidados de enfermagem, com a sua conceção de saúde e ambiente, assim como a conceção que possui da pessoa como sujeito dos seus cuidados.

A função de gestão eficaz de situações de evolução rápida

Muitas vezes os sinais de “deterioração” de um doente no contexto da prática diária são identificados inicialmente pela enfermeira. Sendo assim é à enfermeira que cabe executar as intervenções inerentes à prática de cuidados neste tipo de situações até à chegada do médico. “Em situações que exigem imperativamente ações rápidas, o doente tem com certeza sorte se uma enfermeira experiente se encontrar aí para coordenar o conjunto das operações de forma a que erros e atos inúteis sejam evitados” (Benner, 201, p. 135).

O quadro seguinte pretende apresentar as três competências relacionadas com o presente domínio.

Quadro nº 5 – Domínios da tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida

Domínio	Competências
Tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida	Competências em alturas de urgências vitais: apreensão rápida de um problema Gestão dos acontecimentos: fazer corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência Identificação e tomada a cargo da crise de um doente até à chegada do médico

- Competências em alturas de urgências vitais: apreensão rápida de um problema

O presente domínio de competência abrange “a capacidade de apreender rapidamente o problema, de intervir de forma apropriada e de avaliar e mobilizar toda a ajuda possível” (Benner, 2001, p. 136).

- Gestão dos acontecimentos: fazer corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência

Nos serviços são as enfermeiras que conhecem melhor quais os recursos existentes face às necessidades, tendo uma “melhor visão de conjunto do que lá se passa” (Benner, 2001, p. 138). Neste sentido, as enfermeiras peritas transparecem, muitas vezes, ter conhecimentos relativos à sua equipa e aos recursos disponíveis de forma a assegurar uma resposta adequada à situação.

- Identificação e tomada a cargo da crise de um doente até à chegada do médico

Regularmente as enfermeiras são confrontadas com situações de crise em que devem ter uma resposta pronta até à chegada do médico. Note-se que para saber determinar a gravidade da situação e a necessidade de uma intervenção imediata, são necessários muitos conhecimentos e competências por parte do profissional. Neste contexto, a enfermeira está numa situação muito “delicada”, porque deve de intervir sem “ir para além das suas prerrogativas” (Benner, 2001, p.141). Esta competência nos cuidados de

enfermagem revela-se, assim, muito importante para assegurar “a sobrevivência e o bem-estar do doente”.

A administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos

Ao longo do tempo a administração de fármacos tornou-se de certa forma mais segura com a participação dos serviços farmacêuticos e com o sistema de dose unitária. No entanto a administração dos fármacos via endovenosa aumentou, facto que requer dos profissionais uma maior vigilância e conhecimentos sobre “os efeitos secundários e incompatibilidades”. As competências relacionadas com o presente domínio estão apresentadas no quadro seguinte.

Quadro nº 6 - Domínios da administração e vigilância dos protocolos terapêuticos

Domínio	Competências
A administração e a vigilância dos protocolos terapêuticos	<p>Pôr a funcionar e vigiar um tratamento por via intravenosa com o mínimo de risco e de complicação</p> <p>Administrar os medicamentos de maneira apropriada e sem perigo: vigiar os efeitos secundários, as reações, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades</p> <p>Combater o perigo da imobilidade. Prevenir a aparição escaras e tratá-las; fazer andar e mobilizar os doentes para aumentar as suas possibilidades de reeducação; e prevenir as complicações respiratórias</p> <p>Criar uma estratégia de tratamento da ferida que facilite a recuperação, o conforto e uma drenagem apropriada</p>

As enfermeiras adquirem conhecimentos ao longo da sua experiência, sobre as

perfusões endovenosas e vigilância do tratamento com mínimo de risco e de complicações. Esta competência engloba vários aspetos que devem ser assegurados como “regular o ritmo da perfusão, administrar diversos medicamentos e soluções que são ou não compatíveis, e, por fim, avaliar que a qualquer momento é necessário parar a perfusão, porque há uma infiltração ou uma flebite” (Benner, 2001, p. 149).

A avaliação clínica da enfermeira perita é fundamental para a segurança do doente e até mesmo contribuir de forma positiva para a sua cura. A responsabilidade da enfermeira no que respeita à segurança e vigilância da administração dos fármacos aumentou com a evolução farmacêutica, sendo necessário que a enfermeira vigie os efeitos secundários, as reações, as respostas aos tratamentos, a toxicidade e as incompatibilidades.

Outra competência identificada relaciona-se com o combater a imobilidade, consequentes da doença ou da intervenção decorrentes dos fármacos. Podemos verificar diversos aspetos tais como manter a pele íntegra, incentivar a mobilidade do doente como andar ou efetuar movimentos respiratórios, sendo para isso necessário a avaliação das necessidades do doente. “É crucial saber escolher o bom momento e estimular a motivação do doente para levar a bem essas intervenções” (Benner, 2001, p. 154).

As enfermeiras também efetuam cuidados de enfermagem às feridas existindo diversos “produtos” para o seu tratamento, todavia “a eficácia das inovações técnicas depende dos conhecimentos das enfermeiras, não só dos resultados das últimas investigações, mas igualmente da maneira de utilizar a tecnologia” (Benner, 2001, p. 156).

Assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados

As enfermeiras, enquanto profissionais mais presentes “coordenam as relações entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados”. Elas, são os profissionais de saúde que mais tempo passam junto do doente e que por isso, mais facilmente, podem prevenir e detetar as “falhas do sistema”. Segundo a autora, a qualidade do sistema deveria melhorar e “os erros potencialmente perigosos nunca deveriam acontecer” (Benner, 2001, p.161).

O desenvolvimento da sensibilidade e o empenho da enfermeira em detetar potenciais problemas deve estar implícito para saber identificar os “sinais não habituais que indicam que o doente vai ter problemas”.

As competências inerentes ao presente domínio podem ser verificadas no quadro nº 7.

Quadro nº 7 – Domínios no assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados

Domínio	Competência
Assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados	Fornecer um sistema de segurança ao doente aquando dos tratamentos médicos e de enfermeiros Avaliar o que pode ser esquecido ou acrescentado às prescrições médicas sem pôr em risco a vida do doente Obter dos médicos respostas apropriadas em tempo útil

A enfermeira deve fornecer um sistema de segurança ao doente, aquando dos tratamentos médicos e de enfermagem. Intervêm de forma a contornar os problemas que vão surgindo, pois conhecem alternativas que os podem solucionar. Quando identificam a necessidade em prol da segurança do doente as mesmas exercem segundo a sua opinião e “estão preparadas para o fazer”.

A competência da enfermeira em avaliar o que pode ser esquecido ou acrescentado às prescrições médicas sem pôr em risco a vida do doente também é considerado pela autora. Portanto, apesar das prescrições médicas fazerem parte das linhas orientadoras dos cuidados ao doente, espera-se que elas “ se apercebam do que é necessário fazer para prestar ao paciente os melhores cuidados, mais do que simplesmente seguir à risca as prescrições médicas” (Benner, 2001, p.165).

A obtenção de uma resposta pronta do médico às solicitações da enfermagem é muitas vezes uma “questão vital”. Logo a enfermeira deve ser suficientemente clara e convincente para uma resposta médica pronta e apropriada às necessidades identificadas, para isso devem saber “quando é preciso ser-se firme, de conhecer o médico e as suas hesitações, e de estabelecer a sua própria credibilidade pela competência” (Benner, 2001, p. 167).

A autora concorda que se estabeleça um plano ideal, ou seja “o médico seja mantido informado ao corrente das mudanças no estado do doente, que ele antecipe e faça prescrições flexíveis que permitam às enfermeiras tomar as suas decisões” (Benner, 2001, p.169).

Neste entendimento, o enfermeiro no seu desempenho diário e através da sua autonomia profissional, toma decisões e pratica-as de acordo com os critérios científicos, técnicos, jurídicos, deontológicos e éticos. No entanto, nem sempre as decisões são simples, pois diariamente os enfermeiros são confrontados com situações complexas que obrigam a processos de tomada de decisão difíceis (Deodato, 2006).

As competências em matéria de organização e distribuição de tarefas

O presente domínio exige do enfermeiro um bom conhecimento da profissão e grande parte das competências foram identificadas em situações de falta de pessoal e nas piores circunstâncias. Nesta situação sentiam-se insatisfeitas, pois muitas vezes agiam de forma muito limitada e demasiadamente tarde. Portanto apenas eram atendidas as necessidades evidentes e mais agudas do doente.

De acordo com Serrano (2008, p. 47), “a aprendizagem experiencial surge com a partilha de experiências, de vivências, de vários mundos ao longo do curso da vida e como tal promotoras do desenvolvimento de competências individuais e coletivas”.

As competências que emergiram deste domínio estão apresentadas no quadro seguinte.

Quadro nº 8 - Domínios da capacidade de organização e de distribuição de tarefas

Domínio	Competências
Capacidade de organização e de distribuição de tarefas	<p>Coordenar, ordenar e responder às múltiplas necessidades e solicitações dos doentes: estabelecer prioridades</p> <p>Constituir e consolidar uma equipa médica que ponha em prática os melhores cuidados</p> <p>Enfrentar uma falta de efetivos e uma significativa mobilidade do pessoal</p> <p style="text-align: center;">Planificar os acontecimentos</p> <p>Antecipar e prevenir os períodos de crise em que a quantidade de trabalho será excessiva para uma equipa</p> <p>Recorrer e manter o espírito de equipa, conseguir o apoio moral das outras enfermeiras</p> <p>Manter um comportamento humano em relação aos doentes, mesmo na ausência de contactos próximos frequente</p> <p>Manter uma atitude flexível em relação aos doentes, à tecnologia e à burocracia</p>

Outra competência das enfermeiras peritas passa por coordenar e saber responder às múltiplas necessidades e solicitações dos diferentes doentes sem que para isso fosse esquecida informações importantes ou não identificadas necessidades significativas. As enfermeiras peritas aprendem a “organizar, planificar e coordenar as diferentes necessidades e solicitações dos doentes, e a adaptarem incessantemente as suas prioridades às mudanças constantes do seu estado” (Benner, 2001, p. 176).

O trabalho em equipa é fundamental para cuidar do doente da forma mais eficaz, como para manter a moral da equipa de saúde. A troca de opinião entre os vários elementos é considerada um processo dinâmico, pois o doente “muda pouco a pouco”, inevitável e

necessário “para que o tratamento seja eficaz”. Portanto, é importante constituir e consolidar uma equipa médica que ponha em prática os melhores cuidados, sendo evidente que “as enfermeiras peritas consideram a equipa como fazendo parte integrante da sua própria eficácia” (Benner, 2001, p. 178).

Enfrentar a falta de efetivos e a significativa mobilidade de pessoal aumentam a sobrecarga de trabalho das enfermeiras e conduzem a uma pressão acrescida, nesta circunstancia “as enfermeiras devem mudar completamente os seus desempenhos e as estratégias que lhes permitam enfrentar as situações” (Benner, 2001, p. 179). Estas enfermeiras mostravam que acreditavam que tudo se passava como já não tivessem tempo para “refletir, aprender ou aperfeiçoar-se”.

Planificar os acontecimentos é uma competência que em situações de sobrecarga de trabalho é fundamental, assim a enfermeira deve “avaliar rapidamente os cuidados mais cruciais e as necessidades de vigilância: ler o dossier, estabelecer prioridades e mudá-las frequentemente”.

As enfermeiras peritas mostram ter competência em antecipar e prevenir os períodos em que a sobrecarga de trabalho é excessiva para uma equipa, transparecendo haver em situações mais complicadas uma “certa habilidade para repartir o trabalho no seio da equipa” (Benner, 2001, p. 182).

Utilizar e manter o espírito de equipa, surge muitas das vezes quando no exercício da prática de cuidados é efetuado em condições de sobrecarga de trabalho.

Manter um comportamento humano em relação aos doentes mesmo na ausência de contactos próximos e frequentes, surge sobretudo nos doentes com internamentos prolongados, além disso a enfermeira deve manter uma atitude flexível em relação aos doentes, à tecnologia e à burocracia. Portanto as situações de falta de pessoal e sobrecarga de trabalho, requer das enfermeiras uma maior flexibilidade de execução das suas intervenções. Assim, “Para que se providenciem cuidados contínuos e seguros durante todo o dia exige-se coordenação e trabalho de equipa” (Benner, 2001, p. 186)

2. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

A VNI constitui a aplicação de um suporte ventilatório através de máscara ou outra interface sem recorrer a via aérea artificial invasiva, sobretudo a entubação endotraqueal ou traqueostomia (Esquinas *et al.*, 2011).

Numa fase inicial esta técnica foi destinada à poliomielite (1930-1950), sendo que era aplicado o suporte ventilatório através de pressão negativa (pressão subatmosférica externa ao tórax), o designado pulmão de aço, que simulava a inspiração e a expiração decorria de uma forma passiva. Com o progresso da VNI por pressão positiva, nos anos 40 e 50, ocorre uma diminuição da utilização da VNI por pressão negativa e na década de 80 com a inserção do CPAP (*continuous positive airway pressure*) na síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) esta técnica iniciou uma fase de maior relevância (Ferreira *et al.*, 2009).

Os objetivos desta técnica atendem à diminuição do trabalho respiratório, ao repouso dos músculos respiratórios e dispor de uma adequada troca gasosa (Ferreira *et al.*, 2009; Esquinas *et al.*, 2011).

2.1 - INDICAÇÕES GERAIS

A VNI mostrou-se eficiente no tratamento da insuficiência respiratória aguda e crónica (Nápolis *et al.*, 2006). Também, em Fevereiro de 2009, Ferreira *et al.* (2009), publica na Revista Portuguesa de Pneumologia que a técnica de VNI demonstra ser eficaz em vários tipos de insuficiência aguda ou crónica agudizada.

Carvalho *et al.* (2008) publica um estudo realizado no Serviço de Urgência do Hospital de Santo António, onde refere que esta técnica constitui um adjuvante no tratamento *standard* do edema agudo do pulmão (EAP) na prática clínica do serviço de urgência.

A este respeito, Epstein (2009) menciona que a VNI trata com sucesso a doença

pulmonar crónica obstrutiva (DPCO), o edema pulmonar agudo, e em alguns doentes, a hipoxémia.

Igualmente, Crimi *et al.* em Janeiro de 2010 (citado por Esquinas *et al.*, 2011) publica no *European Respiratory Journal* os resultados de um inquérito à escala Europeia que destacam a utilização desta técnica, nos casos de insuficiência respiratória aguda hipercapnia como o mais frequente, o edema agudo do pulmão e o desmame por falha da extubação.

Evidências acumuladas suportam o uso de VNI em doentes com síndrome de hipoventilação derivados da obesidade e em doentes com insuficiência respiratória crónica relacionada com a doença neuromuscular. Para muitos doentes com insuficiência respiratória crónica estável e que necessitam de suporte ventilatório prolongado, a VNI é preferível ao suporte invasivo por traqueostomia, (Hess, 2012). Acrescenta o mesmo autor num artigo publicado em 2013, que a evidência apoia fortemente a sua utilização em doentes que apresentem uma exacerbação da DPOC e em doentes com edema agudo do pulmão (Hess, 2013).

Relativamente às **contraindicações**, Ferreira *et al.* (2009) menciona que a mais importante na aplicação da VNI é o risco de atrasar o momento adequado para a entubação orotraqueal (EOT) e dar início à ventilação invasiva. A este respeito, Esquinas *et al.* (2011) apresenta as seguintes contraindicações:

- *Contraindicações absolutas:*

- Paragem cardiorrespiratória
- Instabilidade hemodinâmica severa
- Arritmia não controlada
- Pneumotórax não drenado
- Encefalopatia severa (Glasgow <8)
- Cirurgia facial, trauma facial ou deformações orofaciais que impedem a colocação da interface
- Obstrução da via aérea superior
- Incapacidade de controlo da via aérea com alto risco de aspiração
- Hemorragia severa gastrintestinal
- Recusa do doente à VNI
- Indicação de entubação orotraqueal.

- *Contraindicações relativas:*

- Confusão, agitação psicomotora
- Enfarte coronário agudo
- Acidose respiratória severa (pH <7.2)
- Vômitos
- Obstrução intestinal
- Cirurgia recente do trato digestivo superior
- Falência de dois ou mais órgãos
- Consolidação pulmonar focal no Rx tórax.

Por outro lado, os profissionais de saúde devem “estar bem familiarizados” com os critérios de inclusão e de exclusão (Quadro nº 9) e ter consciência que a aplicação da VNI deve ser efetuada com ponderação Marcelino *et al.* (2008).

Quadro nº 9- Critérios de Inclusão e de Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Diagnóstico de patologia potencialmente reversível Necessidade de ventilação Assistida Taquipneia Respiração paradoxal, utilização dos músculos acessórios da ventilação Alteração gasimétricas: pH < 7,35, PaCO ₂ > 45mmHg ou PaO ₂ /FiO ₂ < 200	Paragem cárdio- respiratória; Instabilidade hemodinâmica; Incapacidade de proteção da via aérea; Secreções brônquicas excessivas Presença de encefalopatia ou agitação; Cirurgia gastrointestinal ou das vias aéreas superiores recente; Trauma facial; Grandes queimados ou queimaduras faciais.

Adaptado: Marcelino *et al.* (2008).

Além disso, devemos ter presente as linhas de orientação para a prática clínica (*Guidelines*) citada por Esquinas *et al.* (2011) que nos facultam as indicações específicas acerca dos indicadores de sucesso para a aplicação da VNI, ou seja:

- Doentes conscientes e colaborantes
- Capacidade de controlo da via aérea e secreções com reflexo da tosse adequado
- Adultos jovens
- Condições respiratórias de menor gravidade
- Estabilidade hemodinâmica
- Capacidade de coordenar respiração/ ventilador
- Hipercapnia moderada
- Acidémia moderada com pH entre 7,10 – 7,35
- Melhoria cardiorrespiratória significativa (dentro de duas horas) em relação às trocas gasosas, frequência cardíaca e frequência respiratória.

A este respeito, Marcelino *et al.* (2008) acrescenta que a etiologia da insuficiência respiratória afeta consideravelmente a resposta ao tipo de ventilação selecionado para o doente, logo considerando as causas de insuficiência respiratória mais comuns, a aplicação da VNI pode apresentar maior ou menor probabilidade de sucesso (Quadro nº 10)

A evidência não é consentânea quanto ao uso da VNI em vários quadros de insuficiência respiratória aguda, sendo importante não só saber quando iniciar a VNI, mas também quando esta terapia está a falhar (Hess, 2013).

Quadro nº 10- Indicação para VNI na insuficiência respiratória aguda

Etiologia da Insuficiência Respiratória	Indicação para VNI
Agudização da DPOC Edema agudo do pulmão Pneumonia em imunocomprometidos	Elevada evidência de sucesso terapêutico
Asma Pneumonia em doentes com DPOC Insuficiência respiratória pós- cirúrgica Desmame ventilatório em doentes com DPOC	Baixa evidência de sucesso terapêutico
Fibrose quística Pneumonia adquirida na comunidade Síndrome de dificuldade respiratória aguda Trauma	Fraca evidência de sucesso terapêutico

Adaptado: (Marcelino *et al.*, 2008).

Neste sentido, refere Marcelino *et al.* (2008) que nos doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, é patente o compromisso da função respiratória, logo a aplicação desta técnica deve ser feita com prudência, isto é, deve ser avaliada a resposta clínica tendo em consideração os resultados laboratoriais e parâmetros clínicos indicativos de sucesso. O quadro nº 11 mostra os parâmetros preditivos de sucesso da VNI.

Quadro nº 11- Parâmetros preditivos de sucesso da VNI

Resposta inicial favorável à VNI (1ª hora):

- Redução da frequência respiratória
- Elevação do pH sanguíneo $\geq 0,09$
- Redução da $\text{PaCO}_2 \geq 9,7$

pH $> 7,10$ antes da VNI

PaCO_2 mmHg < 92 Hg antes da VNI

Ausência ou poucas secreções

Boa adaptação da máscara / capacete ao doente

Adaptado de Marcelino *et al.* (2008).

- Ventiladores

Atualmente são vários os modelos de ventiladores existentes e utilizados, onde os princípios gerais são similares aos da ventilação invasiva. Esta pode ser efetivada através dos ventiladores convencionais (utilizados na ventilação invasiva) ou em ventiladores específicos para a VNI. A este respeito Hess (2013) indica que alguns ventiladores de cuidados intensivos têm modos de VNI que compensam bem as fugas, mas o grupo dos ventiladores que são projetados especificamente para a VNI apresentam uma melhor compensação.

Regularmente são aplicados na VNI os ventiladores regulados por pressão, apesar de existirem os regulados por volume, atendendo ao seu menor custo e serem mais portáteis, além disso apresentam uma maior capacidade de compensação de fugas e uma maior tolerância do doente, podendo ser aplicado em situações agudas e crónicas. (Marcelino *et al.*, 2008).

Os equipamentos (ventiladores) disponíveis proporcionam um fluxo contínuo ou variável que possibilitam a aplicação dos modos de VNI, nomeadamente:

- **BiPAP**- *Bilevel (bilevel positive airway pressure)* – fundamenta dois níveis de pressão alternados por períodos previamente programados, isto é, utiliza um nível de pressão diferente em cada parte do ciclo respiratório. Um dos níveis corresponde ao suporte inspiratório (IPAP – *inspiratory positive airways pressure*) e o outro ao suporte no final da expiração (EPAP ou PEEP – *expiratory positive airways pressure* – pressão expiratória no final da expiração) Ferreira *et al.* (2009).

As modalidades respiratórias que estes ventiladores permitem podem ser efetuadas de forma *espontânea*, em que os ciclos são demarcados pelo doente sendo detetados pelo ventilador segundo a sensibilidade do *Trigger* inspiratório, ou de uma forma *controlada*, onde é definido previamente o número de ciclos respiratórios que o doente irá realizar. Assim podemos considerar segundo Ferreira *et al.* (2009) que:

Assistida- o doente desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia;

Assistida/Controlada- o doente desencadeia alguns movimentos ventilatórios e o ventilador inicia os restantes;

Controlada- o ventilador assegura todos os movimentos ventilatório, isto é substitui completamente os movimentos respiratórios do doente, independentemente do seu esforço.

A modalidade assistida controlada são as mais recomendadas ou somente a modalidade assistida em doentes que mantenham uma boa “drive” respiratória (Ferreira *et al.*, 2009).

- **CIPAP** - Corresponde ao ventilador que possibilita a aplicação contínua de uma pressão positiva nas vias aéreas e que permite a distensão do alvéolo em todo o ciclo respiratório (quer na inspiração, quer na expiração), não assistindo ativamente durante a fase inspiratória, não sendo por isso considerado um verdadeiro modo ventilatório. A *CIPAP* é habitualmente utilizada no SAOS e em alguns casos de edema agudo do pulmão, cujo aumento da pressão intratorácica, resultante da ventilação por pressão positiva, é relevante na resolução do distúrbio fisiopatológico base. (Marcelino *et al.*,

2008; Ferreira *et al.*, 2009; Esquinas *et al.*, 2011).

- Interface

A interface estabelece o contacto e possibilita a aplicação da VNI no doente. Existem vários modelos disponíveis, com diferentes desenhos, matérias e tamanhos. A seleção pelo tipo de máscara quer seja facial, nasal ou outra, deve estar em concordância nomeadamente com a situação clínica e características do doente (Esquinas *et al.*, 2011). Segundo Esquinas *et al.* (2011) para que ocorra o equilíbrio entre o conforto e a eficácia da técnica, a interface deve conter as seguintes características:

- Adaptação correta à constituição anatómica do doente;
- Apresentar material confortável e leve;
- Não apresente fugas;
- Mecanismo para remoção rápida e fácil;
- Não deve originar complicações;
- Possuir orifício para adicionar oxigénio;
- Ter o mínimo de espaço morto;
- Impedir a reinalação do ar respirado (*re-breathing*).

A figura 1 mostra os habituais modelos de interface utilizados em VNI, isto é, a **máscara facial e nasal**. Estas são constituídas essencialmente por três partes:

- Almofada de material macio (gel ou silicone) que entra em contacto com a face do doente.
- Armação da máscara com material rijo e normalmente transparente com vários pontos de fixação,
- Arnês ou touca para ajustar a máscara à cabeça do doente. (Esquinas *et al.*, 2011)



Figura 1: 1- Máscara facial (Fonte: ResMed, 2012), 2- Máscara nasal e arnês (Fonte: Luiz Alves, 2011).

As **máscaras nasais** são normalmente utilizadas em contexto domiciliário, nas insuficiências respiratórias crónicas nomeadamente nas situações da síndrome de apneia obstrutiva do sono, por serem mais confortáveis e mais bem toleradas pelo doente por serem menos claustrofóbicas. Permite manter as pressões positivas necessárias (menor espaço morto) nas vias aéreas sem comprometer a comunicação, alimentação e a eliminação das secreções. Neste caso, existe um menor risco de aspiração de vómito ou de aerofagia e além disso a possibilidade de ocorrência de lesões na face do doente são menos frequentes, pois permite uma fixação mais suave pelas pressões utilizadas serem menores (Esquinas *et al.*, 2011).

As **máscaras faciais** habitualmente são utilizadas em situações agudas, em doentes ansiosos, polipneicos e que respiram pela boca, pois permite a aplicação de pressões mais elevadas, com menos fuga, requerendo uma menor colaboração do doente comparativamente com a anterior. A referir que este tipo de máscara, assim como o capacete e as faciais totais, são muitas vezes mal toleradas pelo doente pela sensação de claustrofobia, maior risco de aspiração de vómito e de aerofagia, dificultando a eliminação das secreções e impedindo a comunicação e a alimentação. Neste caso, existe uma maior probabilidade de lesão cutânea em especial no nariz, região malar e mento pela pressão muitas vezes excessiva da máscara (Esquinas *et al.*, 2011).

Existe então outros tipos de interface, nomeadamente as **almofadas nasais** e as interfaces **buciais** que se apresentam em alternativa à máscara nasal ou facial, as normalmente utilizadas em contexto de ventilação de longa duração e dentro de um quadro mais específico. Relativamente às almofadas nasais, estão especialmente indicadas para as situações de lesão cutânea provocada pelo uso de máscara facial, mas

estas apresentam a condicionante de não permitirem a aplicação de pressões elevadas e a existência de maior probabilidade de fuga de ar. A peça bucal e a máscara oral são utilizadas essencialmente em doentes com insuficiência respiratória crónica e com ventilação permanente, apresentando no entanto alguns efeitos indesejados, como as deformidades ortodônticas quando utilizado por tempo prolongado, aumento da salivação e do reflexo do vômito. A este respeito, Hess (2012) refere que o bucal é uma interface que tem sido utilizada com sucesso em doentes com doença neuromuscular.

A **máscara facial total** abrange todo o perímetro facial, evitando a pressão direta sobre as várias estruturas anatómicas evitando as lesões cutâneas, no entanto condiciona o aumento do espaço morto. A considerar também o **capacete** (sistema *Helmet*) que surge na tentativa de reduzir algumas das complicações relacionadas com as interfaces habituais, como as lesões cutâneas ou para as alterações anatómicas importantes (ex: trauma facial) sendo os seus principais inconvenientes a claustrofobia, lesões timpânicas transitórias, *re-breathing* de CO₂ e a assincronia da interação doente- ventilador. A figura dois ilustra a almofada nasal, o bucal e a facial total. (Marcelino, *et al.*, 2008; Ferreira *et al.*, 2009; Esquinas *et al.*, 2011). Cada tipo de interface apresenta determinadas vantagens e desvantagens que devem ser consideradas pelos profissionais, que procuramos esquematizar através do quadro 12.

Quadro nº 12- Vantagens e desvantagens dos vários tipos de interfaces

Tipos de interface	Vantagens	Desvantagens
Máscara Nasal (<i>Nasal mask</i>)	<ul style="list-style-type: none">- Menor risco de aspiração- Facilidade de eliminar as secreções- Menor claustrofobia- Mais fácil adaptação e segurança- Menor espaço morto- Menor risco de aerofagia	<ul style="list-style-type: none">-Maior fuga de ar pela boca-Maior resistência à passagem do ar pelas vias nasais, limitando os valores de pressão na VNI-Menor eficácia se ocorrer obstrução nasal-Dor/ desconforto nasal-Secura da boca-Risco de lesão cutânea

Tipos de interface	Vantagens	Desvantagens
<p>Máscara Oronasal <i>(Full face mask)</i></p>	<p>-Melhor controle, permitindo maior pressão que a máscara nasal, especialmente durante a fase aguda</p> <p>-Menor espaço morto relativamente à facial total</p> <p>-Menor risco de acumulação de CO₂</p>	<p>- Maior espaço morto que a máscara nasal</p> <p>-Claustrofobia</p> <p>-Maior risco de aspiração</p> <p>-Maior dificuldade em falar e ter de suspender a VNI para alimentar o doente</p> <p>-Maior risco de dor/ desconforto facial e aerofagia</p> <p>-Risco de úlcera de pressão</p>
<p>Máscara facial total <i>(Total face mask)</i></p>	<p>-Melhor controle durante a aplicação na fase aguda</p> <p>-Menor incidência de úlceras de pressão</p> <p>-Menor fuga</p> <p>-Maior conforto, comunicação verbal mais eficaz</p> <p>-Utilização de pressões mais elevadas</p>	<p>- Maior espaço morto</p> <p>Risco de menor eliminação de CO₂</p> <p>-Irritação ocular</p> <p>- Impede a eliminação de expetoração, alimentação e higiene durante a VNI</p>
<p>Almofada nasal <i>(Nasal pillow/prog)</i></p>	<p>- Menor risco de aspiração</p> <p>- Facilidade em eliminar as secreções</p> <p>- Menor claustrofobia</p> <p>-Mais fácil comunicação verbal e alimentação</p> <p>-Mais fácil adaptação e segurança</p>	<p>- Idênticas desvantagens relativamente à máscara nasal</p> <p>- Maior resistência à passagem do ar pelas vias nasais, relacionado com o modo de fixação da interface e maiores fugas</p>

Tipos de interface	Vantagens	Desvantagens
Capacete <i>(Helmet)</i>	- Melhor tolerância à interação com o meio ambiente, mobilidade da cabeça e interação verbal - Menor risco de ulcera de pressão - Fixação universal independentemente dos contornos e ou lesões faciais - Maior colaboração com os prestadores de cuidados	- Maior espaço morto - Maior retenção de CO2 - Desconforto auditivo

Adaptado: Esquinas *et al.* (2011)

Por outro lado, as válvulas expiratórias também desempenham o seu papel nesta técnica, logo influenciam a ventilação do “espaço morto” que segundo Esquinas *et al.* (2011) existe espaço morto fisiológico (estático) e o espaço morto dinâmico (relacionado com o circuito do ventilador e máscara). O “espaço morto dinâmico” diminui através das pressões expiratórias positivas e pela utilização da válvula expiratória, pois esta influencia a ventilação do mesmo e minora o *re-breathing*.

Esta válvula (válvula de exalação do CO₂) pode estar incorporada na própria máscara (através de orifícios na máscara) ou então ser colocada externamente, existindo três tipos no mercado atual, a designada “*válvula expiratória Swivel Whisper*”, “*Swivel de exalação simples*” ou “*válvula Plateau*”.

A válvula antiasfixia possibilita que o doente, mesmo que ocorra uma falha do ventilador, continue a respirar o ar do meio ambiente. Os ventiladores de circuito duplo não necessitam das válvulas antiasfixia e de exalação (Esquinas *et al.*, 2011).

Por outro lado, importa referir que pode ser colocado uma peça-T diretamente no circuito para a administração de oxigénio (Esquinas *et al.*, 2011).

2.2 - A ADAPTAÇÃO DO DOENTE À VNI

Para obter o êxito da técnica e os resultados esperados numa fase inicial temos que ter presente, além dos aspetos anteriormente referidos, o seguinte:

-A *preparação do doente*, facultada a explicação e a informação necessária sobre a técnica ventilatória para conseguir a aceitação do doente especialmente da interface selecionada. Esta é uma das principais razões da inadaptação dos doentes à VNI, isto é, o sucesso muitas vezes é condicionado pela incapacidade do doente em tolerar a interface selecionada (Marcelino *et al.*, 2008). Acrescenta Hess (2012) que a motivação/aceitação do doente e o apoio da família influencia a eficácia da utilização da VNI.

-A *seleção adequada da interface* na aplicação da VNI é primordial para a adaptação do doente e determina muitas vezes o sucesso desta técnica. A mesma deve ter o tamanho adequado e ser colocada na face do doente, exercendo a pressão ajustada para evitar fugas importantes de forma a não provocar lesões cutâneas. (Marcelino *et al.*, 2008).

Segundo Esquinas *et al.* (2011) a seleção da interface adequada para o doente depende dos seguintes fatores:

- Tipo de doente a que se destina a técnica: Doentes agudos ou Crónicos;
- Tipo de ventilador e o modo ventilatório a ser utilizado;
- Número de horas de utilização da VNI;
- Conformação anatómica do doente
- A preferência do doente pelas diversas interfaces disponíveis;
- Das complicações com as interfaces anteriormente utilizadas.

- O *modo ventilatório* também pode influenciar a adaptação do doente à VNI e depende da etiologia da insuficiência respiratória. No entanto, verifica-se que o modo espontâneo é o tipo de ventilação onde o doente se adapta mais facilmente. Consoante a situação clínica do doente, pode-se iniciar a VNI com pressões mais baixas e ir subindo gradualmente, com o intuito de facilitar a sua adaptação. (Marcelino *et al.*, 2008).

- Para a VNI ser aplicada com segurança nos serviços, é necessário contudo que os enfermeiros sejam detentores do conhecimento e experiência apropriados e que sejam disponibilizados os recursos adequados (Brien *et al.*, 2009). Conforme Hess (2009) referencia, o sucesso da prática da VNI muitas vezes melhora com a experiência dos profissionais, com o conhecimento e com o treino e acrescenta que idealmente a formação deve ser acompanhada por uma pessoa que saiba, com o treino da prática.

Os profissionais de saúde precisam de desenvolver os seus conhecimentos, habilidades e atitudes para atender ao crescimento dos serviços e às necessidades dos doentes que necessitam de ventilação, ou seja a prática desta técnica requer dos profissionais requisitos para garantir e manter a máxima segurança do doente. Além disso, os enfermeiros precisam de ter uma compreensão básica acerca da funcionalidade dos ventiladores e flexibilidade de utilização, bem como saberem quais as suas limitações na realização da ventilação ideal. (Pertab, 2009).

Por outro lado, também deve ser considerado pelos profissionais que nos doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada a *suspensão da VNI* deve ser precedida de uma avaliação e indicação clínica e ser realizada num curto espaço de tempo, para a realização da higiene oral, aspiração de secreções, administração de fármacos ou alimentação. (Marcelino *et al.*, 2008).

Relativamente ao exposto, Hess (2012) reforça que o sucesso da VNI depende da seleção adequada do doente, da seleção apropriada de uma interface, da seleção de ajustes apropriados do ventilador, das competências dos profissionais de saúde e da motivação do doente e o apoio da família.

- Quanto ao *local onde esta técnica preferencialmente deverá ser aplicada*, é referido por Ferreira *et al.* (2009) que em unidades de cuidados intensivos (UCI) ou em unidades de VNI (UVNI). No entanto, a VNI também pode ser aplicada, em unidades médicas de cuidados intermédios, enfermarias com vigilância adequada e com possibilidade de transferência rápida. A sua utilização também pode passar pelo serviço de urgência, desde que a equipa seja detentora de experiência/treino com esta técnica, devendo ser assegurada a monitorização e a vigilância, para que em situação de falência o doente possa ser transferido rapidamente.

A prática da VNI passou além dos limites relativamente seguros do ambiente dos

cuidados intensivos, isto é, esta técnica é utilizada atualmente nas enfermarias de hospitais gerais e no ambiente comunitário (Pertab, 2009).

Na opinião de Ferreira *et al.* (2009) a experiência e a disponibilidade dos profissionais que aplicam a VNI é considerada como prioritária comparativamente ao local onde a mesma é aplicada.

2.3 - VANTAGENS DA VNI

Verifica-se que as doenças respiratórias estão a aumentar, quer seja no número de situações quer seja nos seus impactos ao nível económico com os custos das doenças respiratórias a ascenderem, em Portugal, a valores superiores a 600 milhões de euros por ano (Pina, 2010).

A divulgação para a prática da VNI requer que os profissionais de saúde reconheçam esta técnica como mais vantajosa do que a ventilação invasiva. Que seja entendida como compatível com abordagens existentes para a ventilação mecânica, não sendo muito difícil de aplicar, que é passível de triagem, sendo os seus resultados visíveis. (Hess, 2009). A este respeito, Marcelino *et al.* (2008) diz-nos que a VNI é realmente um tipo de ventilação menos agressiva e com menor morbidade quando utilizada num doente com insuficiência respiratória e quando comparada com a ventilação invasiva, no entanto, deveremos ter presente que o benefício obtido pela utilização desta técnica não é igual para todos os doentes. Acrescenta, Brien *et al.* (2009) que o uso da VNI pode reduzir, não só o tempo de permanência, mas também a necessidade de uma urgente entubação orotraqueal e complicações associadas nos doentes com doença respiratória, portanto, ter acesso à VNI nos serviços de urgência, proporciona a melhoria clínica dos doentes e reduz a probabilidade da necessidade da ventilação mecânica.

Assim, cada vez mais, os profissionais de saúde têm aplicado a VNI, num esforço de reduzir a duração da ventilação mecânica, facilitando o desmame e prevenindo ou tratando a insuficiência respiratória pós- extubação. Ensaio clínicos indicam que a VNI pode ser uma ferramenta eficaz de desmame num subconjunto de doentes com insuficiência respiratória aguda/crónica de DPCO. A aplicação imediata da VNI em

doentes extubados com elevado risco de problemas de extubação, melhora o resultado, diminuindo a necessidade de reintubação. Em contraste, existem evidências pouco claras sobre a eficácia da VNI para o tratamento prescrito para a insuficiência respiratória pós-extubação. (Epstein, 2009).

Elucida Pertab (2009) que o tratamento da insuficiência respiratória crónica tem sido apoiado com a evolução tecnológica dos ventiladores não invasivos, e que presentemente é-nos apresentado uma oferta diferenciada de equipamentos (ventiladores) e interfaces. A utilização do EPAP nos doentes com insuficiência respiratória traduz várias vantagens, nomeadamente do *re-breathing* de CO₂, estabilização das vias aéreas superiores durante o sono, “recrutamento” de alvéolos, diminuição de formação de atelectasias e redução do trabalho respiratório (Ferreira *et al.*, 2009). Igualmente pode ser útil como um adjuvante de técnicas de desobstrução de vias aéreas em doentes com fibrose e a VNI prolongar a vida em doentes com esclerose amiotrófica (Hess, 2012).

2.4 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE COM VNI

Cuidar do doente com VNI pode ser considerado um desafio para os profissionais nomeadamente no que respeita ao sucesso dos resultados do procedimento no decorrer do período em que este necessita.

Os cuidados de enfermagem numa primeira fase, isto é no início da aplicação da VNI ao doente, devem atender a diversas atividades, nomeadamente:

- Previamente *avaliar o estado de consciência* do doente, pois este deve estar minimamente vigil e colaborante de forma a facilitar a adaptação e a tolerância à técnica.
- *Informar e explicar ao doente* os procedimentos que lhe vão ser efetuados e qual o resultado esperado, solicitando a sua *colaboração* promovendo a confiança e a segurança, ou seja com o desígnio de diminuir a ansiedade e o medo do doente provocada pela efetivação da técnica, considerando igualmente a importância do

envolvimento família nos cuidados.

- *Posicionar* o doente a 45° coadjuvando uma melhor expansão pulmonar e precavendo a distensão gástrica.

- *Monitorizar* o doente para permitir a vigilância dos sinais vitais, facilitando a deteção de alterações relacionadas com a situação do doente no decorrer da VNI.

- *Selecionar a interface* mais adequada para o doente que potencie a maximização dos resultados atendendo aos vários modelos disponíveis no mercado, pois a seleção correta da interface é de extrema importância e influencia “a tolerância do doente à VNI”. Como já foi apresentado anteriormente, existem vários tipos de interface assim, a sua seleção deve atender ao tipo de insuficiência respiratória, à condição do doente, ao tipo de ventilador (circuito único ou circuito duplo, *software* de compensação de fugas) e à tolerância à interface relacionada com a morfologia da face e crânio, ao nível de colaboração do doente, o tipo de pele e eventuais alergias cutâneas, à presença de lesões e à posição de dormir, (Esquinas *et al.*, 2011).

- A *adaptação da interface* deve ser efetuada ao doente e nunca ao contrário, considerando a minimização das fugas e do espaço morto, considerando o conforto do doente.

A equipa prestadora de cuidados poderá promover a capacidade de adaptação do doente à máscara se ao iniciar a VNI não fixar de imediato a interface de forma a permitir que o doente experiencie a sensação do aumento gradual das pressões, atendendo às necessidades individuais de cada doente.

- A *fixação da máscara* à face do doente deve ser efetuada sem que se verifique fugas, pressão exagerada ou desconforto, que segundo o autor (Esquinas *et al.*, 2011), após o ajuste deverá ser possível adaptar dois dedos por baixo do fixador.

A fuga deve ser verificada pois habitualmente resulta de uma selagem inadequada entre a pele da face do doente e a interface que foi aplicada ou através da boca (consoante o tipo de interface), esta situação leva à diminuição da ventilação alveolar e redução da sincronização do “binómio doente-ventilador”. Esquina *et al.* (2011) admite que a utilização de penso hidrocoloide facilita a adaptação e limita as fugas, bem como lesões cutâneas. Nos doentes com prótese dentária completa, desde que o doente esteja apto a

proteger a via aérea, esta deverá ser colocada visando a diminuição das fugas e aumentando a estabilidade da interface.

- Permitir, segundo a condição clínica do doente e de acordo com indicação médica, o alívio da pressão por curtos períodos coincidentes com os cuidados de higiene, a alimentação, a eliminação das secreções, a administração de terapêutica e outros.

- Registrar e *verificar se os parâmetros do ventilador* estão ajustados às necessidades do doente e de acordo com a prescrição médica.

- Ensinar o doente a solicitar ajuda em caso de dor, desconforto, deslocação da máscara, náuseas, vômito, sensação de enfartamento, dificuldade em respirar ou em expelir secreções.

- A equipa deve de atender durante a continuidade dos cuidados os *ensinos ao doente/prestador de cuidados informais* para maximizar os resultados.

- Considerar os *cuidados com o material* respeitando os princípios de lavagem, desinfeção e esterilização do fabricante e normas instituídas em cada instituição. A verificação da integridade e funcionamento do equipamento e do material é da responsabilidade da equipa de saúde.

O sucesso de utilização desta técnica prende-se não só com a utilização correta de todo o material e das intervenções de enfermagem individualizadas, mas também ao conhecimento das complicações associadas à aplicação da VNI, sua monitorização e processo terapêutico associado (Esquinas *et al.*, 2011).

Importa também referir que as **complicações relacionadas com a utilização da interface** prendem-se essencialmente com o *desconforto (30 a 50%)* apresentada como a queixa mais comum, que poderá ser diminuído através do reajuste da mesma ou selecionando outro tipo de máscara mais adequado às necessidades do doente, (Gay 2009).

O *rush cutâneo* pode ser verificado em 10 a 30% que poderão dar origem a reações de hipersensibilidade e infeção, neste caso é aconselhado, segundo o autor, a utilização de esteróides tópicos, (Gay, 2009).

O ajuste da máscara deve ser o adequado, ou seja não exercendo demasiada pressão pois

uma pressão que ultrapasse a pressão dos capilares cutâneos vai influenciar a perfusão, originando a *úlcer de pressão* sobretudo na pirâmide nasal (5 a 10%). Outras condições locais como a pele friável do idoso, má perfusão e a hipoalbuminémia, podem igualmente originar esta complicação, considerada a mais grave relacionada com a utilização da máscara. Como referido anteriormente, a interface/máscara deve ser (tipo/ tamanho) adequada ao doente e se necessário deve ser efetuado o reajuste da mesma, utilizar placa hidrocoloide e creme adjuvante (hidratante) nesta situação. A máscara facial total pode ser uma alternativa nestes casos, para permitir a continuação da utilização da VNI de forma a facilitar a recuperação das lesões (Gay, 2009).

As *fugas* são condicionadas habitualmente pelo ajuste da máscara à face do doente, portanto a vigilância da existência de fugas deve ser frequente para precaver a hipoventilação e a assincronia doente- ventilador (Esquinas *et al.*, 2011).

A *obstrução nasal* pode ser melhorada através da utilização de soro fisiológico, aplicação de esteróides nasais tópicos ou anti-histamínicos (Gay, 2009).

As queixas de *claustrofobia* (10 a 20%) prendem-se essencialmente com a utilização do tipo de máscara facial total e Helmet (Gay, 2009). A capacidade de visão total e audição também são comprometidas. Neste caso a intervenção passa pela aplicação de outro tipo de máscara que melhor se ajuste ao doente e pelo estabelecimento de uma relação de ajuda.

O risco de *aspiração de vômito* e por consequência a asfixia, é considerado pelo mesmo autor, como complicações raras que neste caso a vigilância frequente nomeadamente após os momentos de refeição, a elevação da cabeceira da cama (*Fowler*), a utilização de máscaras transparentes com cintas de libertação rápida e o ensino ao doente a libertar-se da mesma (em caso de náuseas ou vômitos). Caso seja necessário (persistência de sintomas) deve ser ponderada a entubação nasogástrica ou a aspiração de secreções.

As **complicações relacionadas com a pressão e o fluxo** prendem-se essencialmente com o desconforto, otalgia, algias nos seios perinasais, conjuntivite, congestão nasal e distensão abdominal. Relativamente à resolução das três primeiras complicações, isto é o *desconforto* (20 a 50%), *otalgia e algias nos seios perinasais* (10 a 20%) passa sobretudo pela diminuição da pressão (IPAP), tendo em conta o estado clínico do

doente e segundo indicação médica (Gay,2009).

A *distensão abdominal* (Gay,2009) é manifestada por 30 a 40% e definida como aumento do perímetro abdominal comparativamente ao início da técnica. Neste caso, é necessário assegurar a vigilância do aumento do diâmetro abdominal, a ocorrência de vômitos, efetuar a entubação nasogástrica para drenagem passiva, incentivar o doente a sincronizar-se com o ventilador e a fechar a boca, facilitar a mobilização/expulsão das secreções e se possível evitar as pressões elevadas. (Abad Corpa *et al.*, 2002 citado por Esquinas *et al.*, 2011).

A possível *conjuntivite* (33%) deve-se essencialmente à fuga de ar que pode existir na parte superior da máscara. Os cuidados exigem o controlo das fugas (utilização de máscaras adequadas e de ventiladores com sistema de compensação de fugas), administração de colírios e efetuar limpeza ocular com soro fisiológico, (Gay, 2009).

Relativamente à *secura nasal e oral* a intervenção deve centrar-se na utilização de humidificadores (sempre que possível), incentivar e promover a hidratação via oral e a realização da higiene oral e nasal várias vezes por dia.

Em casos raros é mencionado o pneumotórax (menos de 5%) (Gay, 2009) onde é necessário intervir efetuando a drenagem torácica para a resolução da complicação que se deve principalmente à seleção inadequada do doente.

Nas **complicações relacionadas com a aspiração e drenagem de secreções**, os cuidados de enfermagem devem ser centrados na hidratação adequada (reforço hídrico) do doente e no incentivo do doente para efetuar uma tosse eficaz e/ou através da realização da cinesiterapia respiratória com a possibilidade de utilizar a tosse assistida (*Cough assist*) sempre que seja indicado. A *aspiração* é uma das complicações mais graves da VNI (Gay, 2009) e ocorre em 5% dos doentes. A utilização da máscara nasal diminui a ocorrência do risco de broncoaspiração e facilita a eliminação das secreções.

Ocorrem também **complicações associadas à oxigenação e ventilação** resultante de uma adaptação complicada do doente ao ventilador, onde devem ser ajustados os parâmetros de ventilador às características e necessidades do doente que são determinantes para o sucesso desta técnica (Gay, 2009).

É relatado também os **efeitos hemodinâmicos** (hipotensão) em casos raros (Gay, 2009).

A seleção adequada dos doentes, a monitorização da pressão sanguínea, a hidratação adequada, e a diminuição da pressão inspiratória são os cuidados a serem aplicados para diminuir a incidência desta complicação.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Os paradigmas da investigação compõem o sistema de pressupostos e valores que norteiam a pesquisa, demarcando as diversas escolhas que o investigador terá que decidir visando o caminho para as “respostas” ao “problema/questão” a investigar, isto é ao “conhecimento” (Coutinho, 2011). Importa que o investigador previamente ao início do estudo de investigação compreenda cada critério e que sejam utilizados do início até ao final, embora uns possam ser mais utilizados do que outros, dependendo da competência do investigador para documentar a sua aplicação com as “descobertas emergentes” (Morse, 2007). O crescente interesse da investigação nos cuidados de enfermagem mostra a intenção da evolução da profissão.

A pertinência da temática irá ser validada no decorrer do trabalho, onde pretendemos desenvolver a problemática, o objetivo a que nos propomos alcançar e a questão de investigação que visa elucidar o que os “contactos de campo” indicam (Flick, 2005), optando pela metodologia de investigação que nos parecer mais adequada ao estudo.

Importa referir que para formular o problema de investigação o domínio do estudo deve ser definido, bem como a sua pertinência, além de ser necessário reunir os dados e as teorias existentes, justificando a sua escolha (Fortin, 2009). Também Coutinho (2011, p.45) refere que o problema de investigação é essencial porque: “- *Centra a investigação numa área ou domínio concreto; organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência; delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras; guia a revisão da literatura para a questão central; fornece um referencial para a redação do projeto; aponta para dados que será necessário obter.*”

1.1 - CONTEXTO DO ESTUDO E OBJETIVOS

A **área problemática** pela qual optámos, surgiu da constatação das dificuldades do enfermeiro no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento de Medicina. Através de observações informais, podemos constatar a presença de dificuldades no cuidar, sendo estas também referenciadas de forma informal pelos pares em contexto da prática clínica. A este respeito, importa referir que o funcionamento e dinâmica dos serviços de medicina deste hospital são muito semelhantes, portanto, a necessidade do enfermeiro em cuidar do doente com VNI pode surgir em qualquer momento da prática. Por outro lado, constatámos da prática que esta técnica de ventilação é cada vez mais utilizada no doente com insuficiência respiratória.

Acrescenta, Hess (2013) que a evidência científica apoia fortemente a utilização da VNI nomeadamente em doentes com exacerbação da DPOC e edema agudo do pulmão e que a VNI deve fazer parte do entendimento de todos os profissionais de saúde que cuidam de doentes com insuficiência respiratória aguda.

O objetivo do nosso estudo pretende indicar a razão da investigação, onde é especificado as variáveis chave, a população e a sua orientação (Fortin, 2009). Face ao exposto, delimitamos o nosso **objeto** de estudo - **Descrever e analisar a perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.**

1.2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação “em muitos casos tem origem naquilo que o investigador é, na sua história pessoal ou no seu contexto social”, acresce que “depende dos interesses práticos do investigador e do seu envolvimento num outro contexto histórico e pessoal” (Flick, 2005, p.49). Importa referir que a questão de investigação é uma pergunta explícita referente a um tema em estudo que se pretende examinar, visando desenvolver o conhecimento. “É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin,

2009). Com o nosso estudo pretendemos equacionar - **Como é percecionado pelos enfermeiros o cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.**

1.3 - TIPO DE ESTUDO

Na sequência de diversas pesquisas agregadas ao processo de investigação em enfermagem e considerando a questão de investigação do presente trabalho, optámos por um **estudo descritivo tipo I, exploratório que se inscreve numa abordagem qualitativa**, no sentido de analisar e descrever a perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.

As pesquisas descritivas concomitantemente com as exploratórias, são consideradas as que normalmente são utilizados pelos pesquisadores sociais inquietos com a atuação na prática. Com a aplicação do método exploratório importa ao investigador contactar com as pessoas que efetivamente detiveram experiências práticas com o problema da pesquisa. Clarifica Fortin (2009) que os pressupostos de um estudo descritivo tipo I pretendem denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação.

Por outro lado, para definir o tipo de estudo devemos ter em conta o objetivo e as questões de investigação. A cada tipo de estudo corresponde um determinado desenho, onde são indicadas as atividades para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 2009). As metodologias qualitativas conferem uma compreensão do mundo social nos diferentes contextos da nossa realidade, esta foca-se nos significados, experiências e práticas dos intervenientes que são o alvo da investigação (Craig *et al.*, 2004). Igualmente Flick (2005) diz-nos que “A investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais, dada a pluralidade dos universos de vida”. A este respeito, importa referir que Morse (2007, p.114) identificou e definiu seis critérios centrais para avaliar estudos de paradigma qualitativo, com o intuito de “aumentar a credibilidade, exatidão e relações familiares comuns”.

Os seis critérios desenvolvidos no decorrer do tempo são:

Credibilidade – “refere-se à verdade, valor ou credibilidade dos resultados”.

Confirmabilidade – “refere-se à participação direta repetida e à prova observada documentada ou obtida a partir de fontes informantes primárias”.

Significado- “no contexto refere-se aos dados que se tornaram compreensíveis dentro dos conteúdos holísticos ou com significados especiais relativos aos informantes ou pessoas estudadas em contextos similares ou diferentes”.

Padronização- “recorrentemente refere-se a interpretações, sequências de eventos, experiências ou modos de vida repetidos que tendem a ser padronizados e ocorrem no tempo em meios designados e em contextos diferentes e similares”.

Saturação- “refere-se à plena tomada de ocorrências ou a imersão completa no fenómeno de maneira a conhecê-lo tão plena, compreensiva e minuciosamente quanto possível”.

Transferibilidade- “refere-se a se as descobertas específicas de um estudo qualitativo podem ser transferidas para outro contexto ou situação similar e ainda preservar os significados, interpretações e deduções particulares do estudo terminado”.

Atualmente verifica-se que muitos enfermeiros optam por descobrir novos caminhos de conhecer os fenómenos de enfermagem (Duffy, 1986) exposta por Morse (2007). Concordamos com Morse (2007, p.102) quando refere que “É, portanto tempo dos enfermeiros defenderem a sua autonomia e usarem critérios qualitativos para avaliar estudos de paradigma qualitativo”.

Pretendemos promover estratégias para que os profissionais de enfermagem procurem a prática baseada na evidência, utilizando os dados resultantes da pesquisa para basear as suas “decisões, ações e interações com os clientes” (Hungler *et al.*, 2001). Acrescenta, Collière (2000, p.341) quando nos diz que “A investigação não pode contribuir para dar maior significação aos cuidados de enfermagem se não se mantiver próxima dos utilizadores dos cuidados de enfermagem, procurando-se com eles, estimulando-os, tornando-lhes acessíveis e utilizáveis os seus resultados”.

1.4 - PARTICIPANTES DO ESTUDO

Com vista a operacionalizar o presente estudo e após ter-mos definido o método e o tipo de estudo, é fundamental definir os **participantes**, que no presente estudo foram considerados os enfermeiros de dois serviços de medicina de um HD. A este respeito, importa referir que o funcionamento e dinâmica dos serviços de medicina deste hospital são muito semelhantes. Interessa-nos estudar esta realidade e não outra, atendendo à problemática e objetivos do nosso estudo.

Optámos numa fase inicial em efetuar três entrevistas, a enfermeiros especialistas (elementos de referência) de um dos serviços de Medicina, dois detentores da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e outro em fase de conclusão da Especialidade em Enfermagem Médico- Cirúrgica. Os três enfermeiros integram a equipa de enfermagem, onde desempenham funções enquanto responsáveis de turno e como tal desempenham, entre outras, a função de supervisão dos cuidados. Considerámos que seriam elementos de referência para o nosso estudo dado à sua formação, experiência, função e contato direto com a realidade, como tal os mais aptos e conhecedores para fornecer contributos válidos no âmbito da problemática do nosso estudo. Procurámos, igualmente com a sua efetivação testar o guião de entrevista e atender aos “critérios centrais de avaliação de estudos de paradigma qualitativo” apresentados por Morse (2007) (atrás referidos). A este respeito, reforça Fortin (2009, p.304) quando expõe que “importa que os resultados sejam fíáveis” e acrescenta que “A credibilidade reporta-se à exatidão na descrição do fenómeno vivido pelos participantes”. Também privilegiámos a nossa proximidade, com dois investigadores, e o contexto real da investigação, como uma estratégia de validade dos achados que emergirem do nosso estudo.

A população inclui todos os elementos pessoas, grupos, objetos que partilhem características comuns, definidos pelos critérios estabelecidos para o estudo, (Fortin, 2009).

Na escolha dos participantes devem ser especificados os critérios de seleção (Hulley et.al., 2003). Nestes serviços exercem funções 36 enfermeiros, que cumprem maioritariamente um horário rotativo, definido mensalmente pela enfermeira

responsável do serviço. No estudo foram considerados todos os enfermeiros de dois serviços de medicina como potenciais participantes. A particularidade comum dos profissionais foi que deveriam desempenhar funções no serviço de internamento selecionado, onde a experiência e a necessidade de prestar cuidados ao doente com VNI pode surgir a qualquer momento.

Assim, não sendo possível estudar todas as pessoas e todos os acontecimentos a nossa amostra está de acordo com o que refere Fortin, (2009, p.325) “ Se a população é homogénea, isto é, se há pouca variação de um individuo para o outro, pode-se optar por uma amostragem de tipo não probabilístico”, sendo assim, “uma amostra de pequeno tamanho pode ser o suficiente”.

Participaram neste estudo quinze enfermeiros, isto é, da totalidade dos dezasseis enfermeiros que voluntariamente se ofereceram para participar no estudo, um foi excluído por não ter tido experiência com VNI no serviço. Assim, a seleção dos participantes foi efetuada sem preconceitos e/ou na procura de obtenção de resultados artificiais.

1.5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados qualitativos deve ser conduzida através de estratégias apropriadas e pode envolver a utilização de entrevista, grupos de referência, observações ou investigações de textos (Craig *et al.*, 2004).

Optámos pela **entrevista** para a realização deste estudo. Este é um instrumento que utiliza o processo de comunicação verbal para a recolha de informação. Considerado por (Hungler *et.al.*, 2001) um instrumento de recolha de dados mais diretos para obter informação sobre o que as pessoas pensam, sentem e acreditam.

Considerámos a realização de **entrevistas semi-estruturadas**, em que o entrevistador formula questões focadas nos temas de interesse. Neste tipo de entrevista, o entrevistador irá conduzi-la através do guião para que no final todos os temas propostos sejam abordados. O papel do entrevistador “é encorajar os participantes a falar

livremente sobre todos os tópicos constantes no guia” (Hungler *et.al.*, 2001, p.252), visando os objetivos predeterminados e a definição dos conteúdos.

A comunicação e interação que estabelecemos com os entrevistados visaram estabelecer uma relação de não indução de respostas ou sugestões, no sentido do não enviesamento ou manipulação dos dados obtidos. Mantivémos por isso uma postura não diretiva, com o intuito de manter e encorajar o discurso dos entrevistados, tendo presente a procura da profundidade das respostas e simultaneamente a orientação para os objetivos da entrevista

Das três entrevistas cumpridas inicialmente com os enfermeiros considerados como de referência, da pesquisa bibliográfica efetuada, e atendendo à questão e objetivos desta investigação, validámos o nosso **guião de entrevista** (anexo 1), considerando as opções metodológicas para este estudo. A primeira foi uma questão central e as seguintes um conjunto de questões orientadoras (pré definidas) – “Começa-se pelas perguntas abertas, aumentando-se o grau de estruturação a pouco e pouco, na entrevista, para evitar que o quadro de referência do entrevistador se imponha às opiniões do entrevistado”(Flik, 2005, p.77).

A concretização das entrevistas foi antecedida por um contacto informal (pessoal ou telefónico) com os enfermeiros que se voluntariaram para participar no estudo, com o intuito de acordar a hora e o local para a realização da mesma. A este respeito, importa referir que as mesmas decorreram num ambiente sereno, na data e hora combinada, numa sala de reuniões no piso 9 do HD, contando simplesmente com a comparência do entrevistador e do entrevistado.

Todas as entrevistas foram gravadas (registo áudio) e posteriormente transcritas na íntegra em suporte informático, com o rigor que se impõe para este tipo de estudo.

1.6 - TRATAMENTO DOS DADOS

Para estudar a perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI e considerando a técnica utilizada para a obtenção dos dados, foi respeitada a aplicação do tratamento da

informação obtida e para isso, efetivada a constituição do nosso “*Corpus*”, que segundo Bardin (2011, p.122) é “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

Importa clarificar que foram considerados os seguintes dados constituintes do nosso “*Corpus*”:

- Quinze gravações áudio, realizadas aos enfermeiros dos serviços de medicina, com uma duração média de 30 minutos;
- Arquivo de quinze entrevistas transcritas na íntegra com cerca de noventa folhas A4.

Posteriormente a ter sido identificada a constituição do nosso “*corpus*” tivemos em consideração todos os seus elementos e todos eles sujeitos aos mesmos procedimentos de tratamento de dados.

A este respeito Bardin (2011, p121), refere que a fase da pré-análise é “a fase da organização” tendo como objetivo tornar operacional e sistemático “as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas de um plano de análise”. Nesta fase, efetuámos a leitura “*flutuante*” ao conteúdo das entrevistas constituindo estas o campo do nosso “*corpus*”, com a tomada de notas para uma conseqüente categorização e posterior identificação das frases significativas.

A **codificação** “é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 2011, p.129). Neste sentido, foi cumprido os seguintes procedimentos:

- O “**recorte**” das frases significativas, isto é, a seleção das unidades no “*corpus*” que caracterizavam os aspetos emergentes dos dados obtidos.
- A “**enumeração**”, isto é “a escolha das regras de contagem”, sendo que as utilizadas no estudo foram as seguintes - **E (x)**- Entrevista (x); **P(x)** – Pergunta(x) ; **L(x)** –Linha(x), (conforme quadro nº2)
- A “**classificação e a agregação**” das frases significativas pelas categorias, onde procedemos à escolha cuidadosa de cada frase a inserir nas categorias a que pertenciam,

de modo a evitar a repetição das frases e / ou frases mal enquadradas.

Com as frases significativas selecionadas foram consideradas as **unidades de registo**, “correspondente a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas” (Bardin, 2011, p.131).

As **unidades de contexto** consideradas para o nosso estudo foram as respostas onde se enquadra a unidade de registo, pois de acordo com Bardin (2011) a primeira serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo, cujas dimensões são superiores à última, servindo para compreender a significação exata da unidade de registo.

A **categorização** como nos diz Bardin (2011, p.145) “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos”.

1.7 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O exercício em enfermagem, bem como as profissões relacionadas com a saúde, encaram diariamente situações que exigem decisões éticas e morais, independentemente do contexto onde possam ocorrer.

No que diz respeito à investigação estas considerações devem ser asseguradas pelo investigador de uma forma responsável, isto é, o seu estudo deve assentar de uma forma sólida nos princípios éticos e morais.

O acesso ao momento da entrevista careceu inicialmente de um pedido formal ao Conselho de Administração do HD (anexo 2), no sentido de autorizar a sua efetivação, com o compromisso de cumprir todos os princípios éticos e deontológicos, não comprometendo o normal funcionamento do exercício profissional.

Considerámos para o nosso estudo Carpenter (2002) visando validar os preceitos éticos, para tal utilizamos a listagem apresentada pela autora à qual procurámos atender

cumprindo os seguintes princípios:

Após reflexão julgámos a presente temática relevante e possível de ser abordada numa investigação qualitativa, apresentando uma finalidade própria e definida e um potencial contributo para “um bem comum”;

Os enfermeiros foram previamente informados pela investigadora sobre o âmbito, finalidade, objetivos e garantias (possibilidade de desistência, confidencialidade e anonimato). Posteriormente, o profissional interessado em participar voluntariamente no estudo manifestou o seu interesse através da sua inscrição (nome, contacto do telemóvel e mail) em folha indicada para o efeito. Além disso foi também considerado para a participação no estudo, a efetivação do contacto e a disponibilidade do participante no período previsto para a realização das entrevistas (18 de Novembro de 2013 a 6 de Dezembro de 2013).

Previamente o entrevistador obteve o “**consentimento informado**” (anexo 3) de cada entrevistado, notificando-o sobre a formalização verbal referente ao contexto do estudo e das garantias a vigorarem no decorrer e posteriormente à realização da entrevista, nomeadamente garantia da possibilidade de desistência sem quaisquer consequências; de aceitação em participar, permitindo a utilização dos dados; do anonimato e da confidencialidade dos dados que serão apenas utilizados nesta investigação, tendo a colheita de dados decorrido através de um processo de preparação cauteloso. As gravações através de registo áudio das entrevistas encontram-se connosco, não havendo evidência de deturpação de dados ou equívocos.

Foi corroborado um ambiente calmo para a efetivação da entrevista, contando simplesmente com a comparência do entrevistador e do entrevistado, tendo sido considerado o bem-estar físico e psicológico dos participantes.

Nas conclusões apresentadas no final, vamos procurar atender à confidencialidade dos dados e evidenciar simplesmente as conclusões que emergirem no âmbito do desenvolvimento do nosso estudo.

PARTE III - APRESENTAÇÃO DOS ACHADOS

1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Com base nos critérios (atrás referidos) foram selecionados quinze enfermeiros enquanto intervenientes na investigação, os quais passamos a caracterizar no quadro seguinte (Quadro nº 13).

Quadro nº 13- Caracterização dos enfermeiros intervenientes na investigação

Categoria Profissional	Habilitações Académicas	Género		Idade	Horário de Trabalho		Tempo de exercício Profissional (Média em anos)	Tempo de experiência no serviço (Média em anos)
		M	F		F	R		
Enfermeiro	Licenciatura em Enfermagem	-	12	27-51	1	11	12	10
	Especialidade em Enfermagem comunitária	-	1	31	1	-	8	6
	Especialidade em Enfermagem de Reabilitação	1		40	-	1	16	3
	Mestrado psico-gerontologia	-	1	35	1	-	13	13

Legenda: Fixo (F), Rotativo (R), Masculino (M), Feminino (F).

Nota: Foram consideradas como habilitações académicas as seguintes áreas de especialização em enfermagem: enfermagem na comunidade e enfermagem de reabilitação.

Através da análise do quadro em que são apresentados os dados relativos à caracterização da nossa amostra, verificámos que a mesma é constituída por 1 participante do sexo masculino e 14 do sexo feminino.

A média das idades é de 35 anos, o interveniente mais novo tinha 27 anos e o mais velho 51 anos.

Todos os participantes têm como habilitações literárias a Licenciatura em Enfermagem. Identificámos dois participantes com Especialidade em Enfermagem (um na área da reabilitação e outro na área comunitária) e um com Mestrado psico-gerontologia.

Relativamente à categoria profissional, verificámos que todos os participantes correspondem à categoria profissional de enfermeiro.

Os intervenientes quando agrupados relativamente ao tempo de exercício profissional na categoria atual, verificámos que a média corresponde a 12 anos, em que o participante com menos anos tem 4 anos de exercício e com mais anos tem 30.

No que se refere ao tempo de experiência no serviço a média corresponde a 10 anos, sendo que o participante com menos tempo de experiência tem 1 ano e o mais experiente tem 20 anos.

2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

2.1 - SISTEMA DE CATEGORIAS

Considerando os pressupostos descritos anteriormente foi produzido um **sistema de categorias** que nos facultou uma representação simplificada dos dados brutos, isto é, a passagem dos dados brutos a dados organizados e que assim nos deu a conhecer as áreas temáticas e suas categorias emergentes que inicialmente eram invisíveis nos dados brutos e que apresentamos através de um quadro (Quadro nº14).

Quadro nº 14 - Sistema de Categorias – (Área Temática/ Categorias)

Área Temática	Categorias
Estratégias para o desenvolvimento profissional	- Experiência - Formação - Recurso a outros profissionais
Estratégias para a adaptação do doente à VNI	- Relacionado com ventilador - Relacionado com o doente - Relacionado com os recursos
Estratégias para a manutenção dos cuidados	- Protocolos de intervenção - Vigilância/ acompanhamento - Ensino do doente/cuidador
Complicações da VNI	- Alterações físicas - Alterações sociais

Foi efetuado um controlo de fidelidade por um dos investigadores para precaver distorções incitadas pela codificação, através da análise dos dados das entrevistas.

De forma a clarificar a operacionalização da codificação definida anteriormente, propomo-nos apresentar, de forma resumida, o quadro seguinte (quadro nº15) como um exemplo que pode traduzir todas as outras apresentadas nos anexos (anexo 4, 5, 6 e 7).

**Quadro nº 15- Síntese da área temática, categorias e unidade de análise -
Complicações da VNI**

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
Complicações da VNI	<i>Alterações Físicas</i>	<p>(...) um doente que estava a iniciar um processo de úlcera de pressão no nariz, (...) (E4,P1,L15).</p> <p>(...) uma senhora que também a lutar um bocadinho com aquela ventilação, que vomitou,(...)(E13,P1,L25).</p> <p>(...) às vezes ficam com os olhos inchados,(...) (E15,P1,L49).</p>
	<i>Alterações Sociais</i>	<p>(...) ficam aqui algumas das atividades de vida completamente comprometidas, a alimentação também gera muito... o comer e beber e não só. (E10,P6,L126).</p>

Nota: **E(x)**- Entrevista; **P(x)**- Pergunta; **L(x)**- Linha.

PARTE IV - DISCUSSÃO DOS ACHADOS

1 - PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO DA VNI NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO

O desenvolvimento da presente investigação permitiu-nos destacar o carácter particular dos nossos resultados que caracterizam a perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento. Nesta parte do trabalho fazemos a discussão dos referidos resultados, organizada em torno das áreas temáticas e categorias que emergiram do “*corpus*” da investigação.

A análise dos dados implica uma sistematização teórica assumida da contextualização das partes do estudo apresentadas anteriormente, que se identifica com o nome do autor ou autores, seguido de confronto (Cf. p.), que se refere às páginas do presente trabalho.

1.1 - ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

As estratégias para o desenvolvimento profissional é uma das áreas temáticas que decorreram dos dados emergentes da interação estabelecida com os enfermeiros no decorrer das entrevistas.

A estratégia para o desenvolvimento profissional sugere-nos três categorias como se pode verificar no quadro nº16.

Quadro nº 16- Relação entre a área temática estratégias para o desenvolvimento profissional e as categorias emergentes

Área Temática	Categorias
Estratégias para o desenvolvimento profissional	Experiência Formação Recurso a outros profissionais

Experiência

É considerado pelos enfermeiros, numa fase inicial, que as dificuldades da prática no cuidar dos doentes com VNI, advinham sobretudo da falta de experiência, como refere um dos enfermeiros: “ (...) tive várias experiências até hoje, as primeiras considero-as claro mais difíceis. A dificuldade adivinha sobretudo de não ter nenhuma prática (...) ” (E1,P1,L5). A experiência é entendida como uma estratégia que capacita o desenvolvimento profissional visando a melhoria das práticas de enfermagem (Hess, 2009). Desta forma, a prática dos cuidados aos doentes com VNI num serviço de internamento, é estruturada essencialmente com base na experiência diária, sejam elas positivas ou negativas, “Mas vou tendo a experiência e o trabalhar com os doentes dá-nos estratégias que podemos ir adicionando. Se uma não funciona vamos tentar outra, se funcionou com o outro doente vamos ver se funciona com este, e vamos melhorando a nossa prática” (E7,P1,L28). A este respeito, o mesmo enfermeiro refere-nos mais à frente que “(...) aproveitar as experiências positivas para depois voltar a pô-las em prática” (E7,P5,L49). Evidenciam que valorizam a reflexão sobre a experiência, como um potencial fator de mudança das práticas quando referem: “(...) quando se pensa sobre as coisas e em determinada situação prática, eu acho que se pode sempre aprender para outras. A reflexão acho que é o primeiro passo para mudar, (...) ” (E13,P3,L70). Conforme nos refere Silvestre (2011) o homem está portanto em

permanente formação, pois todos os momentos e espaços da sua vida (positivos ou negativos) são formadores.

Os enfermeiros sugerem perceberem que *“De facto no serviço ultimamente aparecem muitos doentes com esse tipo de situação. Está a ser cada vez mais frequente (...)”* (E6,P1;L5), a aplicação da VNI no serviço de internamento. Esta noção parece enquadrar-se quando Esquinas *et al.* (2011, p.47) nos refere, a VNI mostra um “protagonismo crescente nas últimas duas décadas”, seja no meio hospitalar ou no domicílio.

A experiência limita as dificuldades na prática dos cuidados, pois *“Também já se começa a ter alguma experiência e as coisas começam a correr bem. Começa já a não haver assim tantas dificuldades quanto isso.”* (E6,P3,L82). Denota-se que os enfermeiros parecem reconhecer que *“(...) a prática profissional e a experiência profissional é importante”* (E8,P6,L84) e entender que *“a experiência acabou por nos ensinar muitas coisas”* (E9,P5,L50), conforme Hess em 2009 (Cf. p.63) referência, o sucesso da prática da VNI muitas vezes melhora com a experiência dos profissionais, com o conhecimento e com o treino.

A técnica de VNI mostra ter sido enquadrada nos cuidados de enfermagem e ter sido considerada um desafio, dado que *“De repente há coisas que a gente não estava habituada a fazer, etc. e isto depois também é um desafio para nós”* (E13,P2,L49).

Um dos aspetos que realça do discurso dos enfermeiros é que parece ser considerado *“(...) importante dominar a técnica em si, eu acho que isso é importantíssimo, (...)”* (E13,P6,L149), verificando-se igualmente relevância no que respeita ao sentimento do enfermeiro na prática dos cuidados, quando nos é referido que *“é uma coisa que não se faça rotineiramente, mas sentir à vontade é fundamental”* (E3,P6,L122).

Parece que os enfermeiros evidenciam que é *“(...) mais fácil hoje em dia, conseguirmos pôr uma máscara e conseguirmos lidar com a situação e falarmos com a pessoa e acalmarmos e explicarmos porque nem sempre se conseguia, acho eu.”* (E5,P1,L13). A experiência além de atender e capacitar os profissionais relativamente às questões técnicas, como a colocação da máscara ao doente, corrobora igualmente na vertente da relação com a pessoa doente, visando a aceitação e a colaboração do mesmo. Sugerem também, como a experiência pode influenciar a adaptação do doente à

ventilação: “*É importante também já ter alguma prática profissional a nível da forma como abordamos os familiares e os doentes, de forma a diminuir ansiedade deles e a facilitar a adaptação da pessoa à própria máquina e a esta forma de ventilação*” (E2,P6,L64).

Existe uma consciencialização do peso da experiência profissional em torno da relação com o doente/família e conseqüentemente a importância de informar e explicar aos mesmos todo o processo de cuidados, como refere Hess (2012) a motivação/aceitação do doente e o apoio da família influencia a eficácia da utilização VNI (Cf. p.62).

Por outro lado, apesar de parecer existir um entendimento acerca da eficácia deste tipo de ventilação, quando nos referem “*(...) realmente é muito eficaz em algumas pessoas*” (E10,P7,L168), mostram também que da sua experiência, numa fase aguda da doença, pode ocorrer uma descompensação, quando dizem por exemplo: “*É a experiência que eu tenho, quando é fases mais agudas há sempre uma descompensação*” (E8,P1,L33). É importante não só saber quando iniciar a VNI, mas também quando esta terapia está a falhar (Hess, 2013).

Formação

Pela análise das entrevistas, os enfermeiros evidenciam uma valorização do conhecimento e da formação no âmbito do cuidar do doente com VNI.

Parece ser refletido pelos enfermeiros que numa fase inicial “*(...) tinha poucos conhecimentos para saber lidar com um doente com VNI*”(E1,P1,L7), remetendo para o que refere França (2012) que os enfermeiros ao confrontarem-se com situações de maior complexidade nem sempre se sentem à altura da sua resolução, o que lhes provoca angústia e preocupação.

Nota-se que os enfermeiros relacionam o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde para a eficácia e o sucesso desta técnica “*(...) é também essa falta de conhecimento do que é que podemos melhorar para que ventilação seja eficaz. Às vezes chegarem também equipamentos que nós não temos assim grande conhecimento*” (E11,P8,L89). A este respeito Pertab (2009) refere que os enfermeiros

precisam de uma compreensão básica sobre o funcionamento dos ventiladores, suas características operacionais e sua flexibilidade de utilização (Cf. p.63).

Por outro lado, transparece a percepção da importância dos mesmos no cuidar do doente com este tipo de ventilação, sendo igualmente notório que é considerado um fator facilitador como nos referem: *“(...) fatores facilitadores a nível de conhecimento teórico - prático, não é só termos a nossa experiência, a nossa vivência. Mas também realmente os conhecimentos teóricos, porque se não estamos a ser um bocado mecanizados no que estamos a fazer”* (E9,P7,L65), conforme Pertab (2009), quando nos diz que os profissionais de saúde precisam de desenvolver os seus conhecimentos, habilidades e atitudes para atender ao crescimento dos serviços e às necessidades dos doentes que necessitam de ventilação (Cf. p.63).

Certo é que, emerge do discurso dos enfermeiros, a preocupação sobre questões e assuntos sobre esta temática que, pela sua atualidade, foram pouco abordados durante a sua formação enquanto enfermeiros, *“No início era complicado porque nós não saímos da escola com muita formação necessária nesta área ou pelo menos no meu tempo, não tivemos muita formação nesta área”* (E7,P1,L7).

Denota-se por isso a preocupação de, no presente, continuar a sua formação para poderem responder adequadamente às solicitações da profissão, dos serviços, visando a melhoria da prática (Pertab, 2009): *“Ao longo dos anos fui fazendo uma série de formações, consulta de artigos, jornadas. Formações que houve aqui na instituição sobre o tema, para me dar mais conhecimentos e melhorar a prática. Foi essencialmente formação (...)”* (E7,P5,L47).

O conhecimento técnico-científico sobre esta técnica, na perspetiva dos enfermeiros, passa nomeadamente na procura da informação sobretudo através da formação, da partilha e esclarecer dúvidas com os seus pares e outros profissionais, tal como nos foi referido: *“Senti então depois mais tarde, mesmo assim, de recorrer a ações de formação e tentar perceber mais, tirar mais algumas dúvidas que tivesse e assim conseguir sentir mais segurança na prestação de cuidados”* (E1,P1,L19). Sugerem assim que o enfermeiro no cuidar, vai tendo maior ou menor segurança de acordo com os conhecimentos sobre esta técnica e experiências vividas, mostrando preocupação em atender às necessidades dos doentes de quem cuidam. Assim transparece que a responsabilidade dos enfermeiros sobre as pessoas de quem cuidam, está inerente ao seu

próprio cuidar. Parece que apresentam uma maior atenção quando o estado clínico do doente se encontra mais vulnerável e daí sentirem a necessidade de buscar a sua segurança no cuidar pela via do conhecimento: “(...) conhecimentos acerca do que é que é este tipo de ventilação e cada vez é mais utilizada, até como para prevenir que o doente precise de uma ventilação invasiva”(E11,P6,L60).

Inerente ao cuidar destes doentes, emergem situações, procedimentos e, técnicas que estimulam a necessidade de formação destes enfermeiros, indispensáveis para uma prática de cuidados adequada. São confrontados diariamente, de uma forma galopante, com novas vivências, muitas vezes complexas e imprevisíveis pela crescente evolução do conhecimento técnico-científico na área da saúde, transpondo-se posteriormente no cuidar da pessoa. Parece então surgir a necessidade de um conhecimento e formação específica, que permita não somente a aquisição de novos conhecimentos, mas uma atuação segura perante cada situação: “Agora quando é relativamente ao próprio doente, quando tenho alguma dúvida do ponto de vista teórico, tento pesquisar na internet e tentar consultar manuais” (E2,P5,L64). “Tento colmatar com aquilo que tenho, apesar de ter consciência de que as formações são muito boas, mas não se aprende naquele momento. Eu fui à outra formação, só com a experiência. Fui à outra formação, foi importante aprendi algumas coisas, mas se me perguntar se fiquei assim tão mais a vontade, não” (E6,P5,L133).

Verificamos que existe uma consciencialização sobre o conhecimento em torno do cuidar do doente com VNI, considerando a vertente técnico - científica quando por exemplo referem, “(...) temos que ter conhecimento do que é que é este tipo de ventilação, o que é que cada modulo depois permite fazer, qual é o estado de consciência daquele doente. Saber também o tipo respiração que ele está a fazer, é muito importante para depois para os parâmetros. Acho que também é importante saber os antecedentes pessoais dos doentes, a maior parte destes doentes têm antecedentes de DPOC, é preciso ter conhecimentos a esse nível, também de gasometrias” (E11,P6,L65) ou ainda quando expõem que os “ (...) conhecimentos técnicos também são importantes, temos que ter conhecimento sobre o material, saber se as coisas estão a funcionar, se a máscara está bem adaptada. Pronto temos de conhecer como montar todo material, temos que ter estes conhecimentos todos. Temos que ter conhecimentos analíticos, conseguirmos ver, por causa das gasometrias e

também a nível de observação do doente, os sinais” (E10,P6,L117). Como nos refere Esquinas *et al.* (2011), o sucesso desta técnica depende da utilização correta de todo o material e das, intervenções de enfermagem individualizadas, mas também do conhecimento das complicações associadas à aplicação da VNI, sua monitorização e processo terapêutico associado.

Por outro lado também ressalta a importância dos conhecimentos na vertente relacional com a pessoa doente, como nos refere um dos participantes: *“Como eu já disse, é conhecimentos a todos os níveis, tanto a nível realmente de relação de ajuda com o doente, de empatia, de compreensão, de não julgar” (E10,P6,L114).* Para que a relação de ajuda faça parte integrante dos cuidados, importa que a enfermeira desenvolva as suas capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais, para isso, é fundamental que seja detentora de *“conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência neste domínio”* (Queirós, 1999) (Cf. p.28). A empatia e o respeito são considerados pelo mesmo autor, como as atitudes essenciais para a relação de ajuda no cuidar em enfermagem, decorrendo do pensamento de Chalifour (1989) (Cf. p.28). O profissional para informar o doente acerca dos “riscos” não é um processo fácil, sendo necessário possuir conhecimentos científicos profundos *“para ajudar a equacionar a produção e difusão de mensagens adequadas”,* pois as mensagens quando *“chegam aos sujeitos podem gerar múltiplos e diferenciados efeitos (aceitação, interesse, negação ou medo) ”* (Rodrigues, 2005) (Cf. p.29). Também, Phaneuf (2004) diz-nos que, deveríamos evitar o julgamento sobre os doentes pois, desde que os julgamos fracos, reivindicativos ou desagradáveis, comprometemos as nossas possibilidades de criar uma relação válida com eles, fato que prejudica a aceitação do doente. Neste sentido, para obter o êxito da técnica e os resultados esperados é imprescindível a preparação do doente e conseguir a sua aceitação (Marcelino *et al.*, 2008).

Recurso a outros profissionais

A presente categoria traduz a valorização do recurso a outros profissionais no

desenvolvimento profissional do enfermeiro.

Da análise efetuada, é possível perceber que os enfermeiros recorrem, caso identifiquem essa necessidade, a outros profissionais mais aptos na utilização desta técnica. Apesar de possuírem diferentes experiências profissionais, parece que os enfermeiros, após verificarem as circunstâncias da situação prática (dúvidas, dificuldades técnicas ou outros), recorrem no momento a outros profissionais. Consta que cada enfermeiro recorre regularmente aos seus pares que julgam serem os “(...) *colegas que têm mais à vontade com esse tipo de equipamentos do que outros e nós procuramos no turno a ajuda de quem tem mais à vontade*”(E6,P2,L64). Os enfermeiros peritos não são difíceis de reconhecer porque, frequentemente emitem opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável. O reconhecimento dos colegas e dos doentes é visível, e neste caso, podem ser consultadas pelos outros enfermeiros (Benner, 2001).

Mostram que prevalece um processo de flexibilidade enquanto estratégia de desenvolvimento do seu conhecimento prático, com base nas suas experiências vivenciadas em cada momento do cuidar. Parece que cada enfermeiro procura individualmente o apoio que considera necessário para ultrapassar as dificuldades e ir à procura do saber para saber - fazer: “ (...) *depois tudo se ultrapassa, porque precisamos de um apoio, eu acho que depois a nível técnico «isto não funciona» mas vai-se saber porquê*” (E10,P1,L49).

Evidenciam que são mobilizados outros recursos além dos seus pares, privilegiando a contextualização do seu desenvolvimento em situação da prática dos cuidados e se possível “treinadas”, traduzindo-se num fator “(...) *muito facilitador termos uma empresa que a qualquer hora nos venha entregar o material, por norma o técnico só faz isto. Quando nós temos dúvidas perguntamos e explica-nos novamente o funcionamento daquele aparelho (...)*” (E4,P7,L92).

Os enfermeiros relacionam o espaço onde devem ser desenvolvidos os conhecimentos e habilidades de cada enfermeiro enquanto instrumento alvo de aprendizagem, valorizando a situação de ter “(...) *de retaguarda alguém conhecedor mais profundo do aparelho, do ventilador, que a qualquer momento posso contactar para resolver alguma situação pontual*”(E7,P7,L70), considerando as suas dificuldades e lacunas do

seu saber e saber-fazer, parecendo-nos que estas dificuldades estão em consonância com “(...) *algumas deficiências de conhecimento que nós tínhamos, que a equipa toda tinha e começamos a conseguir lidar*” (E1,P1,L11). Segundo França (2012), é situado num determinado espaço e tempo que podemos perspetivar um objeto.

O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre dão conta da sua evolução, sendo necessário construir estratégias para que ocorra o conhecimento desse saber-fazer de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado. (Benner, 2001).

A outra estratégia de valorização na categoria de recurso a outros profissionais para o desenvolvimento profissional prende-se concomitantemente com os médicos, elementos da equipa de saúde, no sentido de ultrapassar estas situações: “(...) *recorrer ao médico seja para ajustar o ventilador, ou seja para dar alguma medicação até que o doente precise para se acalmar ou porque há outro fator*” (E11,P2,L28), o mesmo enfermeiro refere mais à frente que “*Basicamente é recorrer a outros profissionais ou colegas.*” (E11,P5,L5).

Mostram que a presente estratégia centra-se essencialmente no “*Procurar conhecimento (...)*” (E15,P5,L124), visando o sucesso da VNI numa determinada população de doentes, pois o seu êxito depende, entre outros, das competências dos profissionais de saúde que cuidam (Hess, 2012) (Cf. p.63).

Para uma melhor compreensão do exposto parece-nos pertinente apresentar uma síntese do mesmo, conforme quadro nº17.

Quadro nº17- Síntese da área temática estratégias para o desenvolvimento profissional

CATEGORIA	SÍNTESE
Experiência	<p>Inicialmente, as dificuldades no cuidar dos doentes com VNI, advinham sobretudo da falta de experiência.</p> <p>A prática dos cuidados aos doentes com VNI no serviço, é estruturado essencialmente com base:</p> <ul style="list-style-type: none">- Experiencia positivas;- Experiencias negativas. <p>A reflexão sobre a experiencia é valorizada como um potencial fator de mudança das práticas.</p> <p>A aplicação da VNI no serviço de internamento é cada vez mais frequente.</p> <p>A experiência delimitou as dificuldades na prática dos cuidados.</p> <p>Os enfermeiros reconhecem que a prática profissional e a experiência profissional são importantes.</p> <p>É valorizada a experiência profissional para a aquisição de ensinios.</p> <p>A técnica de VNI foi enquadrada nos cuidados de enfermagem e considerada como um desafio para os enfermeiros.</p> <p>Parece ser considerado pelos enfermeiros importante dominar a técnica e sentir-se à vontade.</p> <p>A experiência capacita os profissionais relativamente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Às competências técnicas (ex.: colocação da máscara);- Às competências relacionais visando a aceitação e a colaboração do doente. <p>A experiência facilita a adaptação do doente à ventilação, pois é importante a forma como abordamos os doentes e os familiares, visando diminuir a ansiedade.</p> <p>Valorização da experiência profissional em torno da relação com o doente/família e conseqüentemente a importância de informar e explicar ao doente os procedimentos envolvendo a família nos cuidados.</p> <p>Os enfermeiros percebem a eficácia da VNI em alguns doentes, mas nas fases agudas da doença é frequente ocorrer um quadro de descompensação.</p> <p>Relacionam a ansiedade do doente com o sucesso desta técnica.</p>

CATEGORIA	SÍNTESE
Formação	<p>Parece ser refletido pelos enfermeiros que numa fase inicial tinham poucos conhecimentos sobre o cuidar do doente com VNI.</p> <p>Relacionam o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde com a eficácia e o sucesso desta técnica.</p> <p>Os enfermeiros consideram os conhecimentos importantes e um fator facilitador para cuidar do doente com este tipo de ventilação.</p> <p>Existe a preocupação sobre questões e assuntos sobre esta temática que, pela sua atualidade, foram pouco abordados durante a sua formação enquanto enfermeiros.</p> <p>A preocupação pela formação contínua está presente como forma de responder adequadamente às solicitações da profissão, dos serviços, visando a melhoria da prática e essencialmente sem que a pessoa que cuidam possa sair lesada.</p> <p>O conhecimento técnico-científico sobre esta técnica, passa pela procura da informação sobretudo através da formação, da partilha e de esclarecer dúvidas com os seus pares e outros profissionais.</p> <p>O enfermeiro no cuidar vai tendo maior ou menor segurança de acordo com os conhecimentos sobre esta técnica e experiências profissionais vividas.</p> <p>Verifica-se a necessidade de um conhecimento e formação específica, que permita não somente a aquisição de novos conhecimentos, mas que também corrobore com segurança dos cuidados prestados.</p> <p>O conhecimento organiza-se em torno do cuidar do doente com VNI: na vertente técnico – científica, na vertente relacional (visando a preparação e a aceitação).</p>
Recurso a outros profissionais	<p>Os enfermeiros após verificarem as circunstâncias da situação prática (dúvidas, dificuldades técnicas ou outros) recorrem no momento a outros profissionais.</p> <p>Cada enfermeiro recorre regularmente aos seus pares que julgam serem os que têm mais à vontade com esse tipo ventilação.</p> <p>Mostram que prevalece um processo de flexibilidade enquanto estratégia de desenvolvimento do seu conhecimento prático, com base nas suas experiências vivenciadas em cada momento do cuidar.</p> <p>Parece que cada enfermeiro procura individualmente o apoio que considera necessário para ultrapassar as dificuldades e ir à procura do saber para saber-fazer.</p> <p>São mobilizados outros recursos além dos seus pares ou seja os técnicos das empresas, onde é privilegiando o contexto da prática, sendo este fator facilitador.</p> <p>Os enfermeiros relacionam o espaço onde devem ser desenvolvidos os conhecimentos e as habilidades e valorizam ter alguém conhecedor.</p> <p>Os médicos, são elementos da equipa de saúde a quem o enfermeiro recorre na prática dos cuidados.</p>

1.2 - ESTRATÉGIAS PARA A ADAPTAÇÃO DO DOENTE À VNI

A dimensão das estratégias para a adaptação do doente à VNI, traduz a importância das mesmas para obtenção do êxito da utilização desta técnica, que interessa conhecer e cujas práticas dos profissionais de saúde devem assentar nesses pressupostos de forma a contribuir para uma adequada otimização e recuperação da pessoa doente, evitando a falência ventilatória e a necessidade de intubação endotraqueal com consequente agravamento do prognóstico.

Nesta dimensão distinguimos três categorias como se pode verificar no quadro nº18.

Quadro nº18 - Relação entre a área temática estratégias para a adaptação do doente à VNI e as categorias emergentes

Área Temática	Categorias
Estratégias para a adaptação do doente à VNI	Relacionado com ventilador Relacionado com os recursos Relacionado com o doente

Relacionado com ventilador

A análise das entrevistas manifesta-nos a valorização pelos enfermeiros sobre as estratégias utilizadas, relacionadas com o ventilador, enquanto fator preponderante para a adaptação do doente à VNI.

Parece ser considerado que a VNI é uma boa alternativa ao tratamento do doente, que segundo a sua avaliação apresentam necessidade de aplicação desta técnica, pois uma enfermeira perita (Benner, 2001) tem enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo

leque de soluções e de “diagnósticos estéreis” e assim “ (...) através da avaliação do estado de consciência e conseguir perceber realmente se o doente, nós às vezes não precisamos que o médico venha para dizer que o doente precisa de um Bipap. E já sei olha, este doente se calhar, se fizesse o Bipap, beneficiava” (E8,P6,L86), que segundo os mesmos, habitualmente se relacionam com manifestações no âmbito da insuficiência respiratória, pois surgem “ (...) situações realmente da descompensação respiratória, que temos com bastante frequência e que realmente temos tido muito ultimamente no serviço, ficarem com VNI para tentar compensar” (E9,P1,L15). Conforme Esquinas *et al.* (2011) que nos refere que a VNI é uma técnica de VNI que representa uma boa alternativa no tratamento da falência respiratória e que para a sua realização é essencial a escolha adequada do local, equipamentos, a monitorização, assim como do pessoal médico e de enfermagem motivado e experiente.

Os conteúdos discursivos dos enfermeiros sugerem que “ (...) há uma maior preocupação com a ventilação propriamente não invasiva, (...) (E14,P7,L10) na perspetiva em que reconhecem “ (...) o risco a seguir é seguir para uma ventilação invasiva, que traz outros problemas acrescidos” (E13,P5,L107). Esta forma de estruturar as consequência do insucesso da utilização VNI parece prevalecer no contexto da prática, relacionando-se com a situação e em conformidade quando referem que “ (...) esta pessoa precisa disto e se não se adaptar a isto o passo seguinte provavelmente é a aplicação da ventilação invasiva” (E13,P1,L16). Nesta abordagem sobressai a perspetiva de que o uso da VNI pode reduzir, não só o tempo de permanência, mas também a necessidade de uma urgente entubação orotraqueal e complicações associadas nos doentes com doença respiratória (Brien *et al.*, 2009) (Cf. p.64).

Este tipo de ventilação parece ser entendida numa primeira abordagem, como uma técnica que “ (...) apesar do benefício face ao malefício, a pessoa ganha em ter a máscara, (...)” (E15,P1,L55) no sentido de “ (...) evitar uma ventilação invasiva” (E15,P1,L47). A este respeito Hess (2009) refere que a evidência disponível sugere galhos efetivos de custo-benefício com a utilização da VNI, e que a divulgação para a sua prática requer que os profissionais de saúde a reconheçam como um método melhor do que a ventilação invasiva.

Por outro lado, verifica-se no contexto da prática que relacionam o início da aplicação

da VNI com os resultados analíticos do doente, como nos diz um dos informantes: *“Porque normalmente são pessoas que não estavam a fazer e depois consoante os resultados analíticos têm que fazer”* (E10,P1,L22). Nos doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, é patente o compromisso da função respiratória, logo a aplicação desta técnica deve ser feita com prudência, isto é, deve ser avaliada a resposta clínica tendo em consideração os resultados laboratoriais e parâmetros clínicos indicativos de sucesso (Marcelino *et al.*, 2008) (Cf. p.54), o que parece ser valorizado quando nos referem que *“A grande dificuldade continua a ser os doentes agudos. Que ultimamente também há muitas situações de prescrição de VNI em doentes agudos, numa fase de descompensação (...)”* (E7,P1,L24).

Parece prevalecer a dificuldade na prática dos enfermeiros no que respeita à parametrização dos ventiladores, fato que conduz a *“ (...) não fazemos parametrização do equipamento, habitualmente são os médicos ou os técnicos (...)”* (E2,P3,L43) sendo verbalizado no que se refere à intervenção do enfermeiro que *“ (...) às vezes lembro-me de situações em que a maior dificuldade foi depois a parametrização”* (E3,P1,L10).

Um dos aspetos que realça, do discurso dos enfermeiros é a relação estabelecida entre as competências do enfermeiro na prática dos cuidados e o fato de serem estes ou não, os executantes da parametrização dos equipamentos *“ (...) não dominamos muito a parametrização, também não é uma área que nos compete tanto, mas acho que podíamos ter mais conhecimento sobre isso e não ser eu a fazer”* (E8,P4,L67).

Outros aspetos que são sugeridos como dificultadores na situação de parametrização dos equipamentos na prática dos cuidados, relacionam-se com *“Fatores dificultadores, a novidade. Se me colocarem uma máquina diferente daquelas que eu esteja habituado (...)”* (E2,P8,L76) sendo que verbalizaram também *“não estamos minimamente à vontade, nem tivemos propriamente formação nesse nível”* (E6,P3,L78).

Ressalta um sentimento de impotência face à programação do equipamento que emerge em torno dos aspetos referidos anteriormente, sendo considerado o procedimento de “programar” o equipamento um “ato médico”, como nos referem: *“ (...) para o programar, porque às vezes nós pensamos que se calhar, às vezes, nós detetamos que o Bipap não está bem adequado para o doente, as experiências já nos leva a isso, mas depois também não podemos mexer. Por um lado porque não temos formação para*

isso, por outro lado, porque é um ato médico (...) ” (E4,P4,L85). Todos os membros de uma equipa de saúde que tenham à sua responsabilidade um doente, avaliaram o estado potencial de recuperação deste. E que para o tratamento seja o mais eficaz possível, cada uma das pessoas implicadas deve apresentar o seu ponto de vista aos outros membros da equipa. Esta partilha é um processo dinâmico porque o doente muda pouco a pouco, e porque as relações múltiplas realçam diferentes perspetivas e consequentemente, diferentes possibilidades terapêuticas (Benner, 2001).

No entanto, transparece que se perspetiva reorganizar as intervenções de enfermagem neste âmbito no serviço, pois *“Não é tanto a formação, que nós em termos de competências técnicas nos lá em baixo, nós não programamos, vamos começar agora, mas nós autonomamente não programamos o Bipap. Vamos começar agora a introduzir os dados, mas já mediante uma prescrição médica, (...)” (E15,P1,L66).* Existe a perspetiva dos enfermeiros conseguirem gerir “as coisas” até à chegada do médico, nas situações que mudam rapidamente, não sendo este domínio de competências formalmente reconhecido nem bem estudado. Nestas circunstâncias os enfermeiros devem chamar à atenção aos diferentes membros da equipa de saúde, chamando o médico ou a equipa de urgência médica (Benner, 2001). A atuação do enfermeiro envolve então atividades autónomas e interdependentes, onde o REPE (Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem), as divide e define no seu artigo 9º do Nº 205 de 21/11/1998 do Diário da República. Lewis Thomas (1983) citado por Benner (2001) descreve a enfermeira como “o cimento que solda”, ou seja, vigia e assegura a qualidade dos cuidados distribuídos por todos os membros da equipa médica, organizando-os e distribuindo-os, sendo este o contexto considerado como o “cimento invisível que faz funcionar o sistema”.

Relacionado com os recursos

A categoria relacionada com os recursos traduz a valorização que é feita pelos enfermeiros, no contexto da prática dos cuidados nos serviços de internamento relativamente aos recursos humanos e materiais disponíveis.

Ressalta a preocupação dos enfermeiros relativamente à disponibilidade dos materiais e equipamentos no serviço para o desenvolvimento dos cuidados de forma mais eficiente, sendo considerado, como nos é referido, *“A falta de equipamento logo ali no imediato, eu sei que é um bocado complicado termos, mas para mim eu acho que é realmente um fator dificultador”* (E9,P8,L74).

A valorização dos recursos atende ao equilíbrio entre o conforto e a eficácia da técnica, onde Esquinas *et al.* (2011) nos refere as características que a interface deve conter (Cf. p.57), justificando o sentido da preocupação dos enfermeiros, quando nos é referido *“Agora não, já nós começamos a perceber, já chegamos a ser nós por iniciativa nossa a pedir a outros serviços uma máscara que achamos mais adequada para os doentes”* (E6,P6,L165). Ressalta o “conhecimento prático” dos enfermeiros que segundo Benner (2011), adquire-se com o tempo em que as “as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos”. A este respeito, a mesma autora identifica seis domínios do conhecimento prático: 1) a hierarquização das diferenças qualitativas; 2) os significados comuns; 3) as suposições, as expectativas e os comportamentos tipo; 4) os casos padrão e os conhecimentos pessoais; 5) as máximas; 6) as práticas não planeadas. Estes domínios do conhecimento *“ pode ser estudado utilizando estratégias etnográfica e interpretativas, destinadas num primeiro tempo a identificar e desenvolver o conhecimento prático”* (Benner, 2001, p.33).

Desenvolver a preparação dos enfermeiros no âmbito teórico-prático, parece ser fundamental para uma maior familiaridade dos profissionais na prática dos cuidados no que respeita à aplicação da VNI (Napólis, 2006).

Verifica-se uma valorização e relação entre a aprendizagem dos profissionais e a disponibilidade dos equipamentos - “BiPAP”- no serviço, por exemplo como nos foi referido *“(…) termos aquele Bipap e podemos vir a ter mais aparelhos daqueles, ser sempre o mesmo, também nos facilita a nós para irmos percebendo como é que funciona e se calhar até podermos começar a mexer mais(…)”* (E11,P7,L81). Brien *et al.* (2009) (Cf. p.63) defende que para a VNI ser aplicada com segurança nos serviços, é necessário que os enfermeiros sejam detentores de conhecimento e experiência apropriados e que sejam disponibilizados os recursos adequados, assim como nos foi dito *“(…), já sabemos o que queremos entre aspas, já começamos a saber muito bem o que queremos e torna-se também mais fácil de pedir, até mesmo aquilo que eu falei à*

pouco, o tamanho da máscara” (E6,P8,L243.)

Relativamente à seleção da máscara adequada, os profissionais devem considerar que a cada tipo de máscara correspondem determinadas vantagens e desvantagens para a sua utilização (Cf. p.59). Da análise efetuada realça-se existir a percepção dos profissionais da necessidade de consonância entre o tipo de máscara e as características clínicas do doente (Esquinas *et al.*, 2011), como é verbalizado por um dos enfermeiros: “(...) *só termos aquele modelo de máscara, mas também mesmo que nós tivéssemos as nasais nós também muitas vezes está contraindicado por o doente não colaborar ou isso*”(E4,P8,L 98). Como nos refere um dos entrevistados é facilitador “*Termos as máscaras, termos o material correto para o doente certo*” (E15,P7,L152).

Quando existe uma boa comunicação entre médicos e enfermeiros e prevalece a colaboração, a flexibilidade aumenta e o doente é beneficiado (Benner, 2001), sendo valorizada a presença do médico no serviço, como se pode constatar neste discurso: “*Ser iniciado num turno em que os médicos lá estejam. Porque quando as coisas correm mal, eles não são de fácil acesso, (...)*” (E1,P7,L148),

Parece prevalecer a percepção do valor da interação entre as equipas de saúde, mas é-nos verbalizado dificuldades neste âmbito em contexto da prática nos serviços: “*A pouca... se calhar a pouca interação entre as equipas, às vezes isso dificulta*” (E14,P8,L125) pois a decisão da sua utilização deve ser tomada pelo médico de serviço (Carvalho *et al.*, 2008) e ao programar o ventilador, o clínico não deve desvalorizar a importância dos alarmes e dos ventiladores (volumes, fluxos, fuga) e deve de ajustá-los por rotina, uma vez que constituem uma ajuda preciosa na deteção precoce de alterações, agravamento clínico e outras intercorrências (Marques *et al.*, 2012).

Do discurso dos enfermeiros emerge que “*É completamente diferente uma pessoa precisar, tem ali o médico, tem ali o aparelho depois programa e o doente pode iniciar imediatamente*” (E10,P7,L162), atendendo ao que refere Marques *et al.* (2012) são vários os fatores preditivos de sucesso da VNI, que para além do tipo e gravidade da insuficiência respiratória, da doença de base do doente, tem que se considerar o local de tratamento, a experiência da equipa e o tempo, ou seja, o momento de início da aplicação da VNI e sua duração.

Relacionado com o doente

Dos discursos, salientam-se os enfermeiros, os doentes e os clínicos como os intervenientes da ação, cuja valorização das intervenções inerentes de cada um, faz emergir diversos sentidos como facilitadores da adaptação do doente à VNI. É atribuído um papel importante ao enfermeiro no sentido de preparar o doente, ou seja, facilitar o sucesso desta técnica (Marcelino *et al.*, 2008) *“Mas a preparação do doente é muito importante, porque disso tudo vai depender depois todo o tratamento e adesão dele àquele tipo de VNI. Eu acho que é muito importante estarmos despertos para isso, não descurarmos isso, e apoiá-lo”* (E3,P5,L102).

A intervenção do enfermeiro, enquanto facilitador do processo de preparação do doente para o início da VNI (Marcelino *et al.*, 2008), parece estar mais relacionado com o ministrar ensinamentos e as informações necessárias ao doente sobre a técnica ventilatória: *“Se nós não conseguimos transmitir corretamente a informação ao doente e fazê-lo perceber que ao fim de uns minutos, uma hora ele vai melhorar com esta ventilação, não vamos ganhar a confiança do doente e ele não vai aderir ao tratamento e vai continuar ansioso e vai agravar a situação”*(E7,P6,L60). Atendendo que a motivação/aceitação do doente e o apoio da família influencia a eficácia da utilização da VNI (Hess, 2012) (Cf. p.62). O desenvolvimento deste papel específico do enfermeiro deve ser adquirido para o sucesso da adaptação do doente, ou seja, *“ (...) se o doente não estiver bem trabalhado no sentido do que se vai passar, vai ser muito difícil a sua adesão. Vai ser muito difícil a sua adesão, vai ser muito difícil fazer uma boa VNI, se o doente não estiver bem preparado. Porque ele vai ficar agitado, ele vai ficar assustado, ansioso com aquilo”* (E3,P7,L132), logo é entendido pelos enfermeiros que a aceitação do doente corrobora para o sucesso da técnica: *“Para mim o facilitador é mesmo esta aceitação do doente, porque tudo o resto, o colocar do aparelho, os conhecimentos, essas lacunas acabam por se ultrapassar de uma forma ou outra”* (E6,P7,L204).

O início da VNI é decisivo no sucesso da mesma, podendo a ansiedade e a intolerância do doente, geradas por uma adaptação intempestiva, comprometer todo o processo (Marques *et al.*, 2012). A este respeito, o discurso dos participantes parece em consonância, emergindo as dificuldades sentidas na preparação do doente, agregadas

não à falta de conhecimento mas à dificuldade em trabalhar com o doente que inicia a VNI: *“Porque muitas vezes as pessoas não percebem o porquê da situação, e não é fácil mesmo explicando, obter a sua colaboração. Mesmo explicando à pessoa do que é que se trata, explicando como é que as coisas funcionam, muitas vezes não é fácil a sua colaboração, do doente”* (E2,P1,L6). As complicações relacionadas com a pressão e o fluxo, prendem-se essencialmente com o desconforto (Cf. p.68), este prevalece como uma explicação atribuída pelos enfermeiros às dificuldades de adaptação do doente à VNI: *“Então nem sempre é fácil, explicar-lhes a importância e porque eles só no notam melhorias, geralmente ao fim de algum tempo, porque não é uma coisa que tenha uma melhoria imediata e ainda por cima é uma coisa que causa desconforto.”* (E6,P1,L24). Neste contexto, uma das enfermeiras refere-nos que os doentes *“(…) se sentem desconfortáveis e «que melhoria é que isto me traz se eu estou desconfortável», é uma das perguntas que eu às vezes me lembro de surgir, mesmo no meio da desorientação. Porque esta parte eles acabam por perceber. Também nos culpam, «você é que me pôs isto», «a culpa é sua», «eu não sinto nada bem como isto» ”* (E6,P1,L41).

Os doentes têm cada vez mais um papel ativo e interventivo no seu processo de saúde/doença e desta forma, a interpretação e explicação dos tratamentos tornam-se pontos-chave nos cuidados de enfermagem (Benner, 2001). Emerge-nos dos discursos a existência da preocupação da equipa de saúde (médico e enfermeiro) em explicar ao doente “o porquê desta técnica” visando a sua adaptação à VNI (Marcelino *et al.*, 2008): *“Na colocação em fase aguda tem que se explicar. Primeiro explica o médico e nos temos que explicar o porquê da situação e como é que tem que ser feito, como é que tem que se usar e pronto e eles depois têm que fazer a adaptação”* (E5,P2,L57). Neste sentido, mostra ser privilegiado pelo enfermeiro a preparação do doente (Cf. p.62) *“(…), primeiro tenho que começar por explicar o que é que lhe vou fazer, porque não é fácil estar a por uma máscara na pessoa, não é. A pessoa vai sentir que aquela máscara, se não lhe explicarmos ela não vai entender, não é fácil sentir que é uma máquina que vai respirar por nós. Temos que lhe explicar para ficar mais calma (...)* (E5,P2,L25), sendo que o sucesso muitas vezes é condicionado pela incapacidade do doente em tolerar a interface selecionada (Marcelino *et al.*, 2008) (Cf. p.62) *“(…) porque muitos deles ficam com a sensação de claustrofobia por causa de ter máscara. Pronto desmistificar e se for segura e com confiança o doente em princípio corre bem e*

tento sempre transmitir isso aos doentes”

A correta seleção e mediação da interface, constituem também um fator importante no sucesso da VNI, permitindo uma maior eficácia da ventilação, redução de fugas e minimização dos eventos adversos associados à interface (Marques *et al.*, 2012). Emerge dos discursos dos enfermeiros, serem atribuídas diferentes dificuldades em torno da adaptação da máscara ao doente “(*...*), *quer seja por tamanho incorreto da máscara, quer seja por alguma característica física particular, as máscaras não estão bem adaptadas e num momento de crise, às vezes as tiras vão-se apertando(...)*” (E15,P1,L44). No entanto, identificam como fator facilitador “(*...*) *as máscaras também são mais fáceis de adaptar... que já não é preciso..., por exemplo há algumas que dantes era preciso um filtro, agora a própria máscaras já está toda incorporada, acho que essas situações são mais facilitadoras*” (E14,P7,L100). A máscara deve ter o tamanho adequado e ser colocada na face do doente, exercendo a pressão justa para evitar fugas importantes de forma a não provocar lesões cutâneas. (Marcelino *et al.*, 2008) (Cf. p.62).

Verificamos igualmente a valorização da comunicação e da relação estabelecida entre o enfermeiro/doente na tentativa para que “corra tudo bem”, ou seja a “(*...*) *comunicação, a forma e a tentativa de diminuir a ansiedade. Tentar conversar com a pessoa, fazer algum ensino e tentar despende algum tempo, tentar estabelecer uma relação empática, uma relação de ajuda e tentar com que corra tudo bem*” (E2,P5,L67). A comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica que dispõe o enfermeiro, pois permite “*conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava ou ao contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tornar a cargo e conformar-se com o tratamento*” (Phaneuf, 2004, p.17). Neste contexto, a relação de ajuda é entendida como particular pela enfermeira que ajuda, procurando favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma melhor capacidade de enfrentar a vida (Phaneuf, 2004).

Por outro lado, parece existir dificuldades no sentido de levar os familiares a cooperar no processo de cuidados traduzindo-se na falta de informação e ansiedade da família: “(*...*) *os familiares são muito ansiosos e têm a mesma falta de informação, torna-se muito difícil fazer com que os familiares cooperem de modo a fazer em cooperar o*

doente e todos os envolvidos” (E15,P8,L170).

O enfermeiro deve ter um sentido de observação muito desenvolvido, firmeza psicológica, tato, educação e, uma abordagem agradável (Colliére, 2000), emergindo do discurso “ (...) a expressão, a postura, a linguagem não-verbal. Não é preciso também uma pessoa dizer muita coisa ou ter uma má resposta, ou uma má..., acho que não é preciso, até a forma como uma pessoa se chega ao doente, como o aborda, acho que a pessoa percebe logo e até o acalma” (E10,P2,L70). Nesta contextualização, França (2012, p.96) refere que “o gesto e a linguagem são natureza e cultura. O corpo é objeto perante a consciência que o pensa e constitui, é objeto cultural enquanto portador de comportamentos que se apresentam a outras consciências.”

Também a prática desta técnica requer dos profissionais requisitos para garantir e manter a máxima segurança do doente (Cf. p.63) “*Sinto-me mais à vontade nos aspetos de identificação de sinais de alarme. Começa logo por aí. Aqueles pequenos sinais que a gente às vezes nota e que se vê que aquele doente aparentemente está bem, mas se calhar há ali alguma coisa a nível respiratório*” (E6,P3,L70). Esta situação parece-nos estar na linha daquilo que Marques *et al.* (2012) consideram acerca da vigilância do doente, ou seja que a mesma é fundamental para o sucesso da técnica.

A VNI também pode ser aplicada, em unidades médias de cuidados intermédios, enfermarias com vigilância adequada e com possibilidade de transferência rápida (Ferreira *et al.*, 2009) (Cf. p 63). Do discurso dos enfermeiros sobre a sua prática, emerge, por um lado a valorização da vigilância do doente e por outro as dificuldades sentidas no serviço “*Se bem que acho que deveria haver no serviço medicina, é um bocado complicado uma vigilância mais apertada. O serviço é grande e às vezes temos um doente na ponta, no início dos quartos iniciais e acaba por ser um bocadinho complicado, mas acho que realmente deveria de haver uma estratégia um bocadinho diferente para restes doentes, um controle diferente. Se calhar não é possível assim, uma unidade intermédia em cada serviço. Eu acho que sim, porque numa noite temos 20 doentes, se tivermos dois ou três doentes a fazer Bipap em cada quarto acaba por ser uma vigilância um bocadinho mais complicada. Tentamos sempre claro vigiar e ter uma vigilância desses doentes*” (E9,P2,L26). A prática da VNI passou além dos limites, relativamente seguros, do ambiente de cuidados intensivos, isto é, esta técnica é

utilizada atualmente nas enfermarias de hospitais gerais (Pertab, 2009) (Cf. p. 64).

Espera-se que os enfermeiros consigam “gerir as coisas” até à chegada do médico, nas situações que mudam rapidamente, logo é a enfermeira que chama a atenção aos diferentes membros da equipa de saúde, quer seja chamando o médico quer seja o “sistema de urgência” (Benner, 2001). Esta situação parece-nos compatível com o referido por um dos enfermeiros: *“É importante, quando observamos e avaliamos e conseguir perceber se doente está bem, se não está. Intervir logo de imediato, avisar um médico” (E8,P7,L96).*

A importância da experiência anterior e autonomia do doente no sentido dos próprios facilitarem e serem mediadores para sucesso da técnica, é referido por alguns dos entrevistados: *“Eu acho que são distintas e estas duas situações são mais facilitadoras ou menor, consoante a experiência do doente também nesta situação” (E10,P1,L13)* ou seja *“(…) aqueles que já estão habituados do domicílio é mais fácil. Esses já estão habituados acabam por aceitar muito bem o aparelho, já são autónomos, muitos deles põem e tiram à vontade deles e pronto. Aí torna-se mais fácil” (E6,P1,L27).* Verifica-se igualmente que os enfermeiros relacionam a ansiedade do doente com o sucesso desta técnica *“(…) se estão descompensados e ansiosos eles não conseguem tolerar” (E8,P1,L20).*

O preditor de sucesso mais importante desta técnica (Marques *et al.*, 2012) é uma boa resposta às 1-2 horas de ventilação, pelo que a equipa deve estar atenta aos critérios de falência da VNI e não atrasar a entubação endotraqueal. Persistir com esta técnica em doentes que não melhoram após duas horas em conjunto com terapêutica médica otimizada, aumenta a morbidade e mortalidade. Sendo considerado pelos enfermeiros na prática dos cuidados que *“(…) facilita muito de facto o doente não estar já numa fase mais avançada. Se ele já evidencia uma grande dificuldade respiratória é mais difícil a adaptação do doente à VNI” (E1,P7,L100).*

Realça-se um discurso onde o posicionamento dos doentes é valorizado pelos enfermeiros no desempenho da prática dos cuidados, sendo considerado como fator facilitador as potencialidades das camas elétricas: *“(…) posicionamento dos doentes para ser corretamente a maior parte das nossas camas são elétricas o que também nos ajuda muito a posicionar a pessoa corretamente e pronto quando é daquelas camas*

mais antigas dificulta um bocadinho para o sentar e pessoa ficar bem” (E4,P8,L103)
ou seja, o posicionamento adequado dos doentes é considerado na prática dos cuidados de enfermagem (Cf. p.66).

O quadro seguinte apresenta a síntese da presente área temática.

Quadro nº 19 - Síntese da área temática estratégias para a adaptação do doente à VNI

CATEGORIA	SÍNTESE
Relacionado com o ventilador	<p>Parece ser considerado pelos enfermeiros que a VNI é uma boa alternativa ao tratamento do doente, nomeadamente os com insuficiência respiratória.</p> <p>Os enfermeiros sugerem que há uma maior preocupação com a VNI e reconhecem que a alternativa é a ventilação invasiva, que traz outros problemas acrescidos.</p> <p>A ventilação parece ser entendida numa primeira abordagem, uma técnica que pode evitar a ventilação invasiva.</p> <p>Verifica-se no contexto da prática que relacionam o início da aplicação da VNI com os resultados analíticos do doente.</p> <p>O início da VNI nos doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada, é considerado um fator dificultador.</p> <p>Prevalece a dificuldade na prática dos enfermeiros no que respeita à parametrização dos ventiladores.</p> <p>Os enfermeiros estabelecem uma relação entre as competências do enfermeiro na prática dos cuidados e o fato de serem estes ou não, os executantes na parametrização dos equipamentos.</p> <p>São considerados fatores dificultadores na parametrização dos equipamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Os equipamentos serem muitas vezes diferentes;- O défice de formação. <p>O procedimento de “programar” o equipamento é considerado por alguns enfermeiros um “ato médico”.</p> <p>Parece haver a intenção de reorganizar as intervenções de enfermagem neste âmbito num dos serviços no que respeita à introdução dos parâmetros no equipamento, mediante prescrição médica.</p>

CATEGORIA	SÍNTESE
Relacionado com os recursos	<p>Verifica-se a valorização da disponibilidade dos materiais e equipamentos no serviço para a execução dos cuidados de forma mais eficiente.</p> <p>É considerado um fator dificultador a falta de equipamento e material logo ali no imediato e a existência de um só tipo de máscaras no serviço.</p> <p>Existe a iniciativa do enfermeiro, em caso de necessidade, de pedir outro tipo de máscara mais adequada ao doente.</p> <p>A disponibilidade dos equipamentos é considerada um fator facilitador</p> <p>Os enfermeiros mostram ser mais fácil selecionar a máscara adequada ao doente e assim atender ao conforto do doente.</p> <p>Existe a perceção dos profissionais da necessidade de conformidade entre o tipo de máscara (material) e as características clínicas do doente.</p> <p>Parece ser facilitador os serviços disporem dos materiais necessários para o doente.</p> <p>Parece ser evidente a importância dada ao trabalho de equipa entre os profissionais de saúde (equipa de enfermagem e médica) e a presença do médico no serviço.</p> <p>Parece prevalecer a perceção do valor da interação entre as equipas de saúde existindo algumas dificuldades na prática nos serviços.</p> <p>A presença do médico é considerada importante na fase de início da VNI.</p>
Relacionado com o doente	<p>É atribuído um papel importante ao enfermeiro no sentido de preparar o doente para o sucesso desta técnica.</p> <p>A importância da intervenção do enfermeiro relacionado com a facilitação das explicações e informações ao doente sobre a técnica ventilatória visando a sua aceitação e a eficácia da utilização da VNI.</p> <p>Defendem que a aceitação do doente corrobora para o sucesso da técnica.</p> <p>Parece existir dificuldades na preparação do doente, estas agregadas não à falta de conhecimento mas à dificuldade em lidar com o doente que inicia a VNI.</p> <p>O desconforto prevalece como uma das dificuldades relativamente à adaptação do doente à VNI.</p> <p>Verifica-se a preocupação da equipa de saúde (médico e enfermeiro) em explicar ao doente “o porquê desta técnica” visando a sua adaptação à VNI.</p> <p>Parece existir dificuldades em torno da adaptação da máscara ao doente.</p> <p>Identificam como fator facilitador as máscaras atuais, por exemplo possuem a válvula incorporada.</p> <p>Verifica-se a valorização da comunicação e da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente.</p>

CATEGORIA	SÍNTESE
Relacionado com o doente	<p>Parece existir dificuldades no sentido dos familiares cooperarem no processo de cuidados que pode traduzir a sua falta de informação.</p> <p>A importância dada à interação do enfermeiro/doente tendo em conta a expressão, a postura e a linguagem não-verbal.</p> <p>Parece existir mais à vontade na identificação dos sinais de alarme e de valorização da vigilância do doente.</p> <p>A vigilância efetuada ao doente com VNI num serviço de medicina é considerada “complicada” pelos enfermeiros.</p> <p>Verifica-se a importância dada pelos enfermeiros relativamente à avaliação e intervenção adequada da equipa de saúde face ao estado clínico do doente.</p> <p>A valorização da experiência anterior e autonomia do doente como fator facilitador para sucesso da técnica.</p> <p>É considerado pelos enfermeiros que facilita muito de facto o doente não estar numa fase mais avançada do seu estado clínico de doença.</p> <p>O posicionamento adequado dos doentes é considerado na prática dos cuidados de enfermagem.</p>

1.3 - ESTRATÉGIAS PARA A MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS

As estratégias para a manutenção dos cuidados é uma dimensão caracterizada em torno dos cuidados de enfermagem de forma a garantir o sucesso da técnica e a segurança do doente.

Segundo Benner (2001), no domínio vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados, podemos constatar o seguinte: fornecer um sistema de segurança para o doente aquando dos tratamentos médicos e de enfermagem; avaliar o que pode ser esquecido ou acrescentado às prescrições médicas sem pôr em risco a vida do doente, obter dos médicos respostas apropriadas em tempo útil,

As estratégias para a manutenção dos cuidados organizam-se em três categorias como podem ser visualizadas no quadro nº 20.

Quadro nº 20- Relação entre área temática estratégias para a manutenção dos cuidados e as categorias emergentes

Área Temática	Categorias
Estratégias para a manutenção dos cuidados	Protocolos de intervenção Vigilância/ acompanhamento Ensino do doente/cuidador

Protocolo de intervenção

A categoria protocolos de intervenção traduz o valor da sua existência no serviço, sendo consideradas as *Guidelines* e protocolos de intervenção úteis como recursos para a formação e para evitar conflitos clínicos (Hess, 2009).

Segundo Esquinas *et al.* (2011, p.174) todas as vantagens da VNI “podem virar-se contra o doente e originar graves consequências por falta de experiência”. Assim, é fundamental a existência de uma equipa de saúde (médicos e enfermeiros) com experiência e motivação que assegure o “sucesso da técnica”. Simultaneamente, é necessário a existência de uma contínua atualização de protocolos de atuação nos serviços e a elaboração de um protocolo de bolso disponível para os profissionais do hospital.

Do discurso de um enfermeiro, emerge a valorização do protocolo de intervenção existente no serviço enquanto facilitador da prática dos cuidados: “*Agora até temos ali um protocolo, que temos no serviço*” (E5,P6,L 85).

Vigilância / acompanhamento

A categoria vigilância e acompanhamento do doente traduz a importância na prática dos cuidados do enfermeiro. A vigilância do doente numa fase inicial é crucial para o sucesso e segurança da técnica (Marques *et al.*, 2012), mas também importante para assegurar a sua continuidade.

A monitorização do doente facilita a deteção de alterações relacionadas com a sua situação no decorrer da VNI (Cf. p.67). Dos discursos dos enfermeiros, emerge a importância dada à manutenção e vigilância do doente no que respeita aos sinais associados à dificuldade respiratória, traduzindo no entanto um discurso que nos parece apresentar algumas dificuldades na continuidade da vigilância na prática dos cuidados: “ (...) *vigiando o doente, para ver se está a fazer corretamente e vigiar os sinais de dificuldade respiratória, por exemplo e ir avaliando a saturação do oxigénio, avaliando parâmetros. Porque eu acho que, o papel do enfermeiro não é só ligar a máquina colocar a máscara e ir embora. Depois a manutenção e a vigilância é muito importante e as vezes descuida-se um bocadinho*” (E3,P3,L79).

As enfermeiras são muitas vezes as primeiras a detetar e a delimitar as mudanças do estado do doente, estas podem ser identificadas através dos sinais vitais e de certos dados de observação. A execução competente passa pela determinação precisa e a apresentação clara e convincente ao médico (Benner, 2001). Conforme nos foi referido por uma das enfermeiras, que privilegia a avaliação da situação clínica do doente e a comunicação da mesma ao clínico: “(...) *avaliar se está a ser benéfico para o doente ou não. A vigilância e contactar médico, porque as saturações não estão a reverter, será que é necessário oxigénio ou não. A avaliação e a monitorização, acho que sim e o colocar da máscara e isso tudo*” (E8,P8,L58).

A função do enfermeiro relativamente ao diagnóstico de situação e vigilância do doente sofreu um importante desenvolvimento, à medida que o número de doenças e de intervenções de enfermagem aumentou. Os doentes necessitam de uma vigilância atenta cujas margens de segurança são muitas vezes pequenas. Neste sentido, na prática dos cuidados nos serviços, é o enfermeiro que passa mais tempo com o doente e identifica a maior parte das vezes os primeiros sinais (Benner, 2001). Conforme é verbalizado pelos

enfermeiros acerca da sua convicção atribuída à importância da vigilância, transparecendo que à partida o enfermeiro “sabe que tem de vigiar” o doente: “(...) a saturação do oxigénio, isso tudo, as características da pele essas coisas todas, mas acho que toda a gente que tenha o curso sabe que tem de vigiar, (...)” (E12,P6,L108).

A linguagem utilizada parece traduzir que priorizam o acompanhamento dos doentes que iniciam a VNI, em detrimento do doente que possui uma experiência prévia domiciliar com a técnica: “Uma pessoa que vem de casa, como já disse, já tem experiência, já sabe como é, como é que costuma de fazer, embora seja preciso um acompanhamento nosso não é tão intenso como uma pessoa que está a iniciar naquele momento” (E10,P1,L15), conforme nos refere Esquinas *et al.* (2011) é importante saber se o doente já tem experiência prévia de utilização da técnica.

Realça-se do discurso dos enfermeiros que a continuidade dos cuidados na prática é um fator facilitador, ou seja “ (...) pode haver outros métodos que possam ser igualmente facilitadores, mas que nos ajuda muito no sentido de a gente conhecer melhor aquela pessoa, os seus hábitos etc., como é que é...a continuidade dos cuidados (...) ” (E13,P2,L62). Como nos refere Benner (2001) as enfermeiras peritas notam que a experiência a longo prazo, com doentes com o mesmo tipo de patologia, parece criar uma abordagem e uma definição particular dessa doença. Acrescenta que o conhecimento pela observação, da forma como os doentes enfrentavam a doença, lhes permite compreender a interpretação que os doentes dão à doença e assim, poderem antecipar as suas necessidades, conforme parece transparecer neste discurso: “ (...) as pessoas orientadas e antes de tudo isto, têm esta percepção da situação, que a coisa não..., «o que é que se passa e para eu ir fazer uma coisa destas é porque a minha situação não é muito boa» e acho que o nosso acompanhamento vai muito primeiro por aí” (E10,P1,L26).

O desenvolvimento do papel especial do enfermeiro, na promoção do conforto do doente, emerge através do que nos é verbalizado da prática dos cuidados, ou seja “O que interessa é o doente e a gente tem que tanto quanto possível, mantê-lo o mais confortável possível” (E6,P5,L171).

O envolvimento da família nos cuidados deve ser considerado pelos enfermeiros na prática dos cuidados (Cf. p.37). Dos discursos dos participantes, sobressai a convicção

da relevância do acompanhamento dos familiares, embora sejam verbalizadas dificuldades nesta situação: *“E depois para as famílias que eu acho que também para as famílias é complicado. Isto mais nas pessoas que estão a iniciar, os que começam a fazer no internamento” (E10,P6,L129).*

Ensino ao doente/cuidador

A categoria ensino do doente/cuidador, traduz a valorização dos ensinamentos dos enfermeiros a cada interveniente (doente/cuidador) na situação.

O enfermeiro tem como uma das suas funções transmitir os conhecimentos e competências ao doente para permitir que o mesmo possa encarar de forma realista a sua “deficiência”. A educação do doente e seus familiares deve ser encarada como uma prioridade de forma a potenciar a máxima capacidade funcional possível, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida (Esquinas *et al.*, 2011).

É atribuído um papel importante ao enfermeiro no que se refere aos ensinamentos ao doente e família *“(…) se calhar é onde estou mais à vontade, a fazer ensinamentos” (E14,P3, L58)*, sendo considerado algumas dificuldades pelos enfermeiros, como nos é verbalizado *“Não é fácil fazer ensinamentos ao doente” (E2,P1,L9).*

A enfermeira deve adequar um vocabulário que o doente /família entenda e considerar os limites da sua compreensão (Benner, 2001). No entanto, emerge dos discursos que a dificuldade relaciona-se com o facto de que sentem *“(…) mais dificuldade, é no explicar ou pelo menos persuadir as pessoas, ou ensiná-las e explicar-lhes a elas o porquê da importância de continuar a fazerem o tratamento” (E15,P1,L41).*

O objetivo final da educação prende-se essencialmente com a alteração do comportamento do doente de acordo com as recomendações fornecidas, ou seja, no que respeita essencialmente à adesão ao regime terapêutico, alteração dos hábitos de vida e cuidados a ter com o ventilador (Esquina *et al.*, 2011). Da análise por nós efetuada, emergem situações que são referidas pelos enfermeiros como fundamentais para o uso continuado da VNI: *“(…) e depois todos os ensinamentos que temos que fazer, porque muitos*

deles têm que ir para casa com o aparelho e são eles mesmo a usar, e são a família que terá que ser eles a colocar o próprio aparelho ao seu familiar. E então temos que ter toda a bagagem e ensina-los como é que devem de vigiar o seu utente e como colocar o aparelho corretamente, não é” (E5,P6,L93).

Para um melhor entendimento da nossa análise, apresentamos em seguida o quadro nº 21, onde pretendemos sintetizar os aspetos mais relevantes das categorias emergentes da área temática manutenção dos cuidados.

Quadro nº 21- Síntese da área temática estratégias de manutenção dos cuidados

CATEGORIA	SÍNTESE
Protocolo de intervenção	Verifica-se a importância da existência de um protocolo de intervenção no serviço enquanto facilitador da prática dos cuidados.
Vigilância/acompanhamento	É atribuída importância à manutenção e vigilância do doente e a comunicação entre a equipa de saúde (enfermeiro e médico). O prosseguimento da vigilância do doente é assegurado, embora se verifique algumas dificuldades. Parece os enfermeiros priorizam o acompanhamento dos doentes que iniciam a VNI relativamente ao doente que possui experiência anterior no domicílio. A continuidade dos cuidados ao doente na prática é considerada um fator facilitador, pois permite compreender a interpretação que os doentes dão à doença e assim os enfermeiros poderem antecipar as suas necessidades. O enfermeiro prioriza a promoção do conforto do doente na prática dos cuidados. Verifica-se a importância atribuída à preparação dos familiares, embora exista dificuldades, na situação do doente iniciar a VNI.

CATEGORIA	SÍNTESE
Ensino ao doente/cuidador	Valorização do papel ao enfermeiro no que se refere aos ensinamentos do doente e família. Parece existir algumas dificuldades, no que respeita aos ensinamentos, sobre a importância da VNI. A importância dos ensinamentos efetuados pelo enfermeiro ao doente/família quando é necessário a utilização continuada da VNI.

1.4 - COMPLICAÇÕES DA VNI

As complicações da VNI é uma área temática selecionada que decorre dos dados emergentes e caracteriza-se no sentido do enfermeiro saber atuar nas complicações derivadas das diferentes situações de utilização da VNI na prática dos cuidados.

Apesar de ter muitas vantagens, a VNI não está isenta de riscos e aparece associada a várias complicações, Mehta e Hill (2001) citado por Esquinas *et al.* (2011).

As complicações que emergem organizam-se em duas categorias como podem ser visualizadas no quadro seguinte.

Quadro nº 22- Relação entre área temática complicações da VNI e as categorias emergentes

Área Temática	Categorias
Complicações da VNI	Alterações físicas Alterações sociais

Alterações físicas

Das complicações relacionadas com a utilização da máscara, a queixa mais frequente é o desconforto, podendo ser resolvido através do ajuste da mesma, diminuindo a força provocada pelo arnês ou experimentar um modelo alternativo de máscara (Cf. p.67), como se verifica nesta situação: “ (...) *não aperte demasiado o doente para não fazer maceração, porque há doentes que às vezes começam a ficar com alguma maceração, especialmente no nariz. O que é um bocado desagradável, e revela um bocado a falta de cuidado da nossa parte*” (E3,P2,L47). Transparece na consciência do enfermeiro no cuidar do doente com VNI, a importância em prevenir as complicações relacionadas com a interface. Para França (2012), consciência significa um conhecimento concomitante ou cumulativo dos próprios atos ou estados internos, no preciso momento em que estão a ser vividos ou experienciados. Desta forma, este conhecimento parece constituir um ponto de preocupação dos enfermeiros no sentido de assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes.

Para Abad Corpa *et al.* (2002) citado por Esquinas *et al.* (2011) a atuação mais consensual de prevenir a úlcera resultante da pressão exercida pela máscara, compreende a aplicação de hidrocolóide fino. Verifica-se o desenvolvimento desta medida pelos enfermeiros, como nos é justificado: “*Até mesmo para a pele, acho que também é muito importante protegermos o nariz para evitar úlceras e eu acho que se nós fizermos a proteção logo que depois evita-se muitas coisa*”(E10,P6,L 156).

Esquinas *et al.* (2011) defende que os cuidados de enfermagem direcionam-se na avaliação inicial e história clínica do doente, no planeamento da ação, com implicação do doente e do cuidador, na seleção apropriada da interface a utilizar. Apesar de ser ponderado na prática dos cuidados a seleção da máscara adequada para o doente, a existência limitada de um só tipo de máscara no serviço, é considerado um fator dificultador de forma a prevenir as úlceras, como nos foi relatado: “*(...) Acho que deveria de haver mais diversidade de máscaras, utensílios para evitar o aparecimento das úlceras de pressão no nariz*” (E8,P4,L72).

A maioria das complicações pode ser associada à utilização da interface e é evitável (Marques *et al.*, 2012). Neste discurso denota-se uma preocupação do enfermeiro em “*(...) ver se não está a magoar, porque depois como eu disse à bocado, há muitas*

complicações não só através da máscara que faz muitas úlceras de pressão no nariz e não são assim tão fáceis” (E5,P6,L89). Dos discursos dos enfermeiros está subentendido a importância na avaliação da dor, “Porque nós percebíamos que estava a doer ao doente, mas as vezes não conseguia-mos saber como resolver o problema” (E4,P4,L51).O plano de cuidados do enfermeiro deverá ser alterado ao longo da evolução do estado do doente (Benner, 2001), esta situação é valorizada pelos profissionais, embora evidenciem dificuldades na sua prática.

Perante o surgimento da complicação, o profissional questiona a sua origem no sentido de direcionar a sua atuação para a causa: *“Às vezes fazem úlceras de pressão no nariz, já tentamos ser nós a resolver, ajustar a máscara, usar o penso mais adequado para aquele sítio, que também nem sempre é fácil” (E6,P5,L167), pois a complicação mais grave associado com a utilização da máscara é a úlcera de pressão na pirâmide nasal (Cf. p. 68). Neste sentido, são verbalizadas dificuldades relacionadas com a utilização da máscara: “(...) geralmente as máscaras muitas vezes apertam, magoam, fazem feridas no nariz que é uma complicação que geralmente aparece (...)” (E5,P2,L37).*

O risco de aspiração de vômito e por consequência a asfixia, é considerado por Gay (2009), complicações raras consequentes da utilização da máscara (Cf. p.68). A este respeito ressalta um sentimento de preocupação face à atuação do enfermeiro neste contexto, como nos refere um enfermeiro *“(...) depois faz-me pensar, “esta senhora tem vômitos, o que é que posso fazer aqui (...)” (E13,P4,L91).*

As fugas são condicionadas habitualmente pelo ajuste da máscara à face do doente, portanto a vigilância da existência de fugas deve ser frequente para precaver a hipoventilação e a assincronia doente-ventilador (Cf. p.59). Este fato emerge do discurso do enfermeiro na sua prática dos cuidados: *“(...) é portanto avaliar se há fugas,(...)” (E12,P4,L68).*

Outra possível complicação relacionada com a pressão e com fluxo é a conjuntivite, esta deve-se essencialmente à fuga de ar que pode existir na parte superior da máscara (Cf., p.69): *“(...) às vezes ficam com os olhos inchados,(...)” (E15,P1,L49).*

Alterações sociais

A categoria alterações sociais caracteriza-se pela limitação das atividades de vida aquando da utilização da VNI pelo doente.

Da análise, por nós efetuada, emergem algumas situações que são referidas pelos enfermeiros como dificultadoras, nomeadamente o compromisso da atividade de vida, comer e beber, durante a utilização da VNI: “(...) *ficam aqui algumas das atividades de vida completamente comprometidas, a alimentação também gera muito... o comer e beber e não só*”(E10,P6,L126). No entanto, Esquinas *et al.* (2011, p.188) refere que a VNI, comparativamente com a ventilação invasiva, permite ao doente “comunicar e alimentar-se, garantindo uma certa independência nas suas atividades de vida diárias”.

Conforme nos parece prevalecer no discurso da prática por parte dos profissionais: “(...) *é conhecer a pessoa o melhor possível, tentar avaliar de acordo com as necessidades que aquela pessoa em atividades de vida, e o que nós podemos fazer, personalizando os cuidados e visando o objetivo da senhora realmente melhorar no aspeto da necessidade que tinha em termos da ventilação*”(E13,P5,L109). Assim, a suspensão da VNI deve ser precedida de uma avaliação e indicação clínica, para a realização das atividades de vida como a alimentação ou higiene oral (Marcelino *et al.*, 2008) (Cf. p.63).

O quadro nº 23 pretende sintetizar os resultados mais significativos das categorias das complicações da VNI.

Quadro nº 23 - Síntese da área temática - Complicações da VNI

CATEGORIA	SÍNTESE
Alterações físicas	<p>As complicações associadas à utilização da máscara são relacionadas essencialmente com o desconforto do doente.</p> <p>Parece existir consciência no cuidar, doente com VNI no sentido de prevenir as complicações relacionadas com a interface.</p> <p>A atuação para prevenir a úlcera de pressão compreende a aplicação de hidrocoloide fino ou como proteção.</p> <p>A pouca diversidade de máscaras existente no serviço é considerado um fator dificultador na prevenção das úlceras de pressão.</p> <p>Denota-se a preocupação do enfermeiro em verificar se a máscara está a “magoar” de forma a evitar o aparecimento da úlcera de pressão no nariz.</p> <p>Perante o surgimento da complicação associada à utilização da máscara, o profissional questiona a sua origem no sentido de a “resolver”.</p> <p>O risco de aspiração de vómito e conseqüentemente, a asfixia, também é considerado como uma das complicações conseqüentes da utilização da máscara emergindo um sentimento de impotência face à atuação do enfermeiro neste contexto.</p> <p>São consideradas as fugas que habitualmente surgem do ajuste da máscara à face do doente e a conjuntivite como uma complicação associada à pressão e ao fluxo.</p>
Alterações sociais	<p>O compromisso da atividade de vida comer e beber é considerado pelos enfermeiros nos doentes com VNI.</p> <p>Os enfermeiros julgam que devem conhecer o doente o melhor possível e efetuar a avaliação de acordo com as necessidades identificadas.</p>

2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A grande evolução técnico-científica que a enfermagem sofreu em paralelo a outras ciências, abriu portas à perspectiva de novos desafios para os enfermeiros, de forma a fazer frente às mudanças internas e externas inerentes à própria profissão. Tornou-se uma profissão complexa devido aos cuidados altamente especializados, onde os doentes internados podem apresentar um maior número de diagnósticos e de intervenções de enfermagem (Benner, 2001).

Com o desenvolvimento deste estudo, pretendemos que os resultados obtidos favoreçam a investigação futura sobre a temática no âmbito dos cuidados de enfermagem. Nesta lógica, propomos a efetivação de outros estudos na comunidade científica, contribuindo assim para o desenvolvimento de boas práticas no desempenho profissional dos enfermeiros. Como exemplos: determinar o conhecimento que os enfermeiros sentem como fundamentais para a sua formação, podendo-se deste modo colaborar para uma formação/ensino mais adaptado às necessidades identificadas na prática; ou determinar na vertente do doente qual a sua perceção sobre a técnica de VNI de forma a identificar as suas necessidades e aplicar as medidas necessárias para um cuidado de maior qualidade.

Igualmente é nosso desejo que este trabalho favoreça e sensibilize os profissionais para a importância da efetivação de normas de atuação e manuais, norteados para a eficácia, melhoria, e segurança no atendimento dos doentes com VNI.

REFLEXÃO FINAL

Procuramos apresentar os resultados de acordo com o objetivo e as questões de investigação. Para uma maior transparência no decorrer da leitura dos referidos resultados, importa referir que os mesmos foram organizados em torno da questão de investigação do presente estudo tendo em conta o nosso sistema de categorias.

Assim, de acordo com a questão de investigação: **Como é percecionado pelos enfermeiros o cuidar do doente com VNI num serviço de internamento**, evidenciamos os seguintes resultados tendo em conta o nosso sistema de categorias.

- Relativamente à área temática *estratégias para o desenvolvimento profissional*, salientamos:

Na perspetiva dos profissionais, o cuidar do doente com VNI parece ser cada vez mais frequente nos serviços de internamento, sendo reconhecida a importância da prática e da experiência profissional. É valorizada a experiência na medida em que capacita os profissionais relativamente, às competências técnicas (ex.: colocação da máscara) e relacionais visando, neste caso, a aceitação e a colaboração do doente. A este respeito, parece que a prática dos cuidados aos doentes com VNI é estruturada essencialmente com base nas experiências positivas e negativas de cada enfermeiro. Esta lógica inscreve a reflexão sobre a experiência de cada profissional, valorizada como um potencial fator de mudança das práticas. Neste sentido, a experiência delimitou as dificuldades na prática dos cuidados, ou seja, inicialmente as mesmas advinham sobretudo da falta de experiência no contexto da prática dos enfermeiros. Assim, existe também evidência da relação entre o domínio da técnica e o sentirem-se à vontade na prática. Por outro lado, a experiência parece ser um contributo para os cuidados na vertente relacional, sendo identificada a importância da informação e de como abordar o doente e a família visando diminuir a sua ansiedade. Neste entendimento, a técnica de VNI faz emergir e ser considerada um desafio para os enfermeiros, inserido na prática dos cuidados.

No entanto, da experiência profissional dos enfermeiros parece emergir a visão de

descompensação dos doentes agudos e ansiosos com a utilização da VNI.

Ao considerarmos a formação, sugere-nos que, os enfermeiros relacionam o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde com a eficácia e o sucesso desta técnica. Quanto ao conhecimento, parece organizar-se em torno do cuidar do doente com VNI, na vertente técnica e relacional, visando na última a preparação e a aceitação do doente. Sobre o conhecimento emerge a visão da sua importância, sendo atribuído o seu caráter facilitador no cuidar. Neste sentido, parece que o enfermeiro vai tendo maior ou menor segurança de acordo com os conhecimentos e experiências profissionais vividas. No entanto, da ênfase colocada no conhecimento, sugere-nos ser refletido que numa fase inicial, os enfermeiros tinham poucos conhecimentos sobre o cuidar do doente com VNI. Nesta lógica, parece subsistir a preocupação sobre questões e assuntos alusivos a esta temática que, pela sua atualidade, nunca foram abordados durante a sua formação base. Assim, a procura do conhecimento e formação específica está presente como forma de responder adequadamente às solicitações da profissão, dos serviços, visando a melhoria da prática. É por isso considerado importante o conhecimento neste âmbito, sendo sugerido que a intervenção do enfermeiro seja orientada pela procura da informação sobretudo através da formação, da partilha e do esclarecer dúvidas com os seus pares e outros profissionais.

Quanto ao recurso a outros profissionais, parece ser dado enfoque sobretudo na procura do conhecimento visando o sucesso da VNI, onde sobressai a necessidade dos enfermeiros recorrerem regularmente aos seus pares, ao verificarem dúvidas, dificuldades técnicas ou outros na prática. No entanto, os enfermeiros além de recorrerem aos seus pares como elementos da equipe de saúde também recorrem aos médicos, e por outro lado, contam com o apoio dos técnicos das empresas de ventilação. Assim, os enfermeiros relacionam o espaço onde devem ser desenvolvidos os conhecimentos e as habilidades, valorizando o fato de poderem contar com alguém conhecedor. Nesta perspectiva, parece que cada enfermeiro procura individualmente o apoio que considera necessário para ultrapassar as dificuldades e ir assim à procura do saber para saber-fazer.

- No que respeita à área temática *estratégias para a adaptação do doente à VNI*, destacamos:

É considerado pelos enfermeiros, que a VNI é uma boa alternativa ao tratamento do doente nomeadamente com diagnóstico de insuficiência respiratória. Por outro lado, esta modalidade de ventilação parece ser entendida, numa primeira abordagem, uma técnica que pode evitar a ventilação invasiva. No entanto, parece existir um sentido dificultador, no contexto da prática, relativamente ao início da VNI nos doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada. Além disso, prevalece a dificuldade na prática dos enfermeiros no que respeita à parametrização dos ventiladores, sendo efetuada a relação entre as competências do enfermeiro na prática dos cuidados e o fato de serem estes ou não, os executantes da parametrização dos equipamentos. Neste sentido, o procedimento de “programar” o equipamento é considerado por alguns enfermeiros um “ato médico”. Como principais constrangimentos à parametrização dos equipamentos, emerge que os equipamentos são muitas vezes diferentes e existe défice de formação.

Parece ser valorizado e considerado facilitador a disponibilidade dos materiais e equipamentos no serviço. Por outro lado, é considerado dificultador no contexto da prática dos enfermeiros, a falta de equipamento e material no imediato e a existência de um só tipo de máscaras no serviço. Neste sentido, emerge a iniciativa dos enfermeiros, em caso de necessidade, de encontrarem estratégias no sentido de conseguir outra máscara mais adequada ao doente. Também, o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) mostra ser importante e valorizado, bem como a presença do médico no início da VNI. No entanto, apesar de prevalecer um sentido de valorização de interação entre as equipas de saúde, subsiste alguns constrangimentos na prática nos serviços.

Sobressai a visão de que a aceitação do doente influencia o sucesso da aplicação desta técnica, sendo que a autonomia e a experiência anterior do mesmo também mostra ser importante. A ênfase aplicada na aceitação do doente parece fazer ressaltar o papel importante da intervenção do enfermeiro e restante equipa de saúde, relacionado com a facilitação das explicações e informações. Assim, verifica-se a valorização da comunicação e da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente, atendendo à expressão, à postura e à linguagem não-verbal.

Como principais constrangimentos à aceitação do doente, emerge o seu desconforto e a dificuldade em se adaptar à máscara. Neste sentido, também parece existir dificuldade na cooperação dos familiares no processo de cuidados, que pode traduzir a falta de informação.

Os enfermeiros valorizam a vigilância do doente visando a identificação dos sinais de alarme e assim o ajuste das intervenções da equipa de saúde face ao estado clínico do doente, contudo a mesma parece ser considerada “complicada” num serviço de internamento. Por outro lado, a valorização do posicionamento adequado dos doentes também parece ter um significado importante na prática dos cuidados de enfermagem.

Quanto às *estratégias para a manutenção dos cuidados*, ressalta:

É atribuída importância à existência de protocolo num dos serviços, enquanto fator facilitador da prática dos cuidados.

Além disso, emerge a priorização da vigilância nos doentes que iniciam a VNI em detrimento do doente que possui experiência anterior no domicílio e assim, atribuída valorização à manutenção / vigilância do doente, bem como, à comunicação entre a equipa de saúde (enfermeiro e médico).

No contexto da prática dos enfermeiros, parece ser atribuído à continuidade dos cuidados um carácter facilitador, permitindo compreender melhor o significado que os doentes dão à doença e assim responder prontamente às suas necessidades. A este respeito, no acompanhamento e vigilância do doente, é priorizado a promoção do conforto na prática dos cuidados.

Por outro lado, verifica-se a importância atribuída à preparação dos familiares, embora subsistam dificuldades sobretudo na situação do doente iniciar a VNI. Quanto aos ensinamentos ao doente/ cuidador, parece ser valorizada a importância do papel do enfermeiro, embora se traduza como uma dificuldade na intervenção do mesmo.

No que concerne à área temática relacionada com as *complicações da VNI*, emerge:

Ao olharmos para as complicações da VNI, verificamos essencialmente o desconforto/dor do doente associado à utilização da máscara e o risco do aparecimento de úlceras de pressão no nariz, assim como a aspiração de vômito. São ainda

consideradas as fugas, que habitualmente surgem do ajuste da máscara à face do doente e a conjuntivite como uma complicação associada à pressão e ao fluxo. Nesta perspetiva parece existir consciência no cuidar do doente com VNI no sentido de prevenir as complicações relacionadas com a utilização da interface, sendo que perante o seu surgimento, o profissional questiona a sua origem no sentido de a “resolver”. A este respeito, de forma a prevenir o aparecimento de úlceras de pressão no nariz, a atuação do enfermeiro compreende a aplicação de um hidrocólide fino e a verificação da máscara poder estar a “magoar”. Assim, a pouca diversidade do tipo de máscaras existentes nos serviços é considerado um fator dificultador na prevenção das úlceras de pressão. Por outro lado, parece ser também considerado pelos enfermeiros, o compromisso da atividade de vida comer e beber.

Importa ainda referir que, quanto às *limitações do estudo*, uma delas relaciona-se com a disponibilidade da autora em concretizar um estudo mais abrangente e cumprir o período estabelecido para o efeito, com o terminante de ter de responder prontamente às suas responsabilidades profissionais.

Também o fato deste estudo ser referente a uma área temática específica poderia ter de alguma forma restringido a abrangência da investigação, pois este pressupõe que os enfermeiros intervenientes devam ter experiência e necessidade de cuidar do doente com VNI em qualquer momento da sua prática.

Além disso, o fato da autora ter pouca experiência no desenvolvimento de estudos de natureza científica, poderia de alguma forma incitar algum tipo de lapso nas opções tomadas no percurso do estudo, muito embora sempre foi atendido o rigor e a seriedade científica intrínseco a uma investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AGOSTINHO, Luís M. – **Competência emocional de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 978-989-8269-08-9.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN:972-8535-97-X.

BRIEN, Barry Mc [et al.] - Non-invasive ventilation: a nurse-led service. Respiratory Care. [em linha].17:6 (2009) 30-35.[Consult. 05 Dez. 2013]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=1d537052-30af-421a-a501-af85e6e8a6c4%40sessionmgr115&hid=128>. ISSN 1354-5752.

CARPENTER, Dona R.; STREUBERT, Helen J. - Investigação qualitativa em **enfermagem – avançando o imperativo humanista**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-29-0.

CARVALHO, Luisa [et al.] - Ventilação Não-Invasiva no Edema Agudo do Pulmão no Serviço de Urgência. Revista portuguesa de cardiologia [em linha]. 27:2 (2008) 191-198. [Consult. 08 Fev. 2014]. Disponível em <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/899.pdf>.

COLLIÉRE, Marie-Françoise – Promover a vida - da prática as mulheres de virtude **aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Libel, 2000. ISBN972-757-109-3.

COUTINHO, Clara P. – **Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática**. Coimbra: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4487-3.

CRAIG, Jean; ROSALIND, Smyth – **Prática baseada na evidência – manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4.

DEODATO, Sérgio (2006) – Dilemas éticos no exercício profissional do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. [S. l.]. ISSN 1646-2629. 21 – (2006) 25-30.

DUARTE, Elysângela D. [et al.] – O trabalho em equipa expresso na prática dos profissionais de saúde. Revista eletrónica de enfermagem [em linha]. 14:1 (2012) 86-94. [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a10.htm>.

DECRETO - LEI nº 104/ 98. D.R. Série I – A (21 de Abril) 1739- 1757.

EPSTEIN, Scott K MD - Noninvasive Ventilation to Shorten the Duration of Mechanical Ventilation. Respiratory Care . [em linha]. 54:2 (2009) 198-211. [Consult. 05Dez.2013]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1d537052-30af-421a-a501-af85e6e8a6c4%40sessionmgr115&hid=128>. ISSN 0020-1324.

ENFERMEIROS, Ordem dos Enfermeiros – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ENFERMEIROS, Ordem dos Enfermeiros – **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ESQUINAS, António M. [et al.] - **Princípios da ventilação mecânica não invasiva – do hospital ao domicílio**. [S.l.]: Tipografia do Ave, 2011. ISBN 978-84-614-5831-1.

ESTEVES, Lúcia – **Visão Panorâmica da Investigação - Ação**. Porto: Porto Editora, 2008. ISBN 978-972-0-34463-2.

FERREIRA, Susana [et al.] - Ventilação não invasiva. Revista Portuguesa de Pneumologia [em linha]. 15:4 (2009) 655-667.[Consult. 08 Fev.2014]. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0873-21592009000400006&script=sci_arttext. ISSN 0873-2159.

FLICK, Uwe – **Métodos qualitativos na Investigação científica**. Lisboa: Monitor, 2005. ISBN 972-9413-67-3.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTE, José; FILION, Françoise – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures:Lusodidata,2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRANÇA, Ana P. - **A consciência bioética e o cuidar**. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989-8269-18-8.

GAY, P. – Complications of non-invasive ventilation in acute care. Respiratory Care. [em linha]. 54:2 (2009) 246-258. [Consult. 18 Mar.2014]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=cf2840d1-a253-4705-a26d-6a8f593ab5dd%40sessionmgr115&hid=113>. ISSN 0020-1324.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESS, Dean R. - How to Initiate a Non-invasive Ventilation Program: Bringing the Evidence to the Bedside. Respiratory Care. [em linha] 54:2 (2009) 232-245. [Consult.05Dez.2013]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=1d537052-30af-421a-a501-af85e6e8a6c4%40sessionmgr115&hid=128>. ISSN 0020-1324.

HESS, Dean R.- The Growing Role of Noninvasive Ventilation in Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation. Respiratory Care. [em linha] 57:6 (2012) 900-920. [Consult.06Dez.2013]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=1d537052-30af-421a-a501-af85e6e8a6c4%40sessionmgr115&hid=128>. ISSN 002-1324.

HESS, Dean R.- Noninvasive Ventilation for Acute Respiratory Failure. Respiratory Care. [em linha] 58:6 (2013) 950-969. [Consult.06Dez.2013]. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=1d537052-30af-421a-a501-af85e6e8a6c4%40sessionmgr115&hid=128>. ISSN 0020-1324.

HULLEY, Stephen [etal] – **Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN 85-363-0085-X.

HUNGLER, Bernardete; BECK, Cheryl; POLIT, Denise – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2001. ISBN 0-7817-2557-7.

MARCELINO, Paulo [et al.] – **Manual de ventilação mecânica no adulto – abordagem ao doente crítico**. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-972-8930-42-4.

MARQUES, Ana V. [et al.] – **Manual de ventilação mecânica não invasiva**. [S.l.]: Publicações ciência e vida, 2012. ISBN 978-972-590-091-8.

MELO, R. - Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda-estudo com alunos de enfermagem. Referência. Coimbra. ISSN 0874.0283. 2:1- (2005) 63-71.

MORSE, Janice M.- **Aspetos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-89-4.

NÁPOLIS, Lara M. [et al.] - Conhecimento da disponibilidade e sobre o uso da ventilação não invasiva em unidades de terapia intensiva de hospitais públicos, privados e de ensino da região metropolitana de São Paulo. Jornal Brasileiro de Pneumologia. [em linha]. 32:1 (2006) 29-34. [Consult.09Fev.2014]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v32n1/28883>. ISSN 1806-3713.

NEVES, M.; PACHECO, S. - **Para uma Ética de Enfermagem**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.

PERTAB, Dhanishwar - Principles of non-invasive ventilation: a critical review of practice issues. British Journal of Nursing . [em linha] 18:16 (2009) 1004-1008. [Consult.10 Mar.2014]. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=80&sid=9d71e6f6-f492-4957-a272-c42438e6caf5%40sessionmgr4001&hid=4101>. ISSN 0966-0461.

PHANEUF, Margot - Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-84-3.

PINA, Jaime - **Um outro lado das doenças respiratórias**. Lisboa: Lidel-edições técnicas, 2012. ISBN 978-972-757-854-2.

QUEIRÓS, Ana A. – **Empatia e Respeito – dimensões centrais na relação de ajuda**. Coimbra: Quarto Editora, 1999. ISBN 972-8535-03-1.

KIM, H. S. (2010). **The nature of theoretical thinking in nursing**. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa- **Educação para a saúde- formação pedagógica de educadores de saúde**, Coimbra: Formesau, 2005. ISBN 972-8485-52-2.

SERRANO, Maria T. P. - Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho [em linha]. Universidade de Aveiro, 2008. [Consulta 10 Dez.. 2013]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/1479>.

SILVESTRE, Carlos A.S.- **Educação e formação de adultos e idosos – uma nova oportunidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 2011. ISBN 978-989-659-080-2.

ANEXOS

ANEXO 1- GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista		
Número da entrevista: _____	Data: _____	Hora de início: _____ Hora de término: _____
Apresentação do entrevistador		
Dados Sociodemográficos e Profissionais		
<p>Género;</p> <p>Idade;</p> <p>Habilitações académicas;</p> <p>Tempo de exercício profissional;</p> <p>Categoria profissional;</p> <p>Horário de trabalho;</p> <p>Tempo de experiência profissional no serviço.</p>		
Pré – Entrevista		
<p>Explicação sumária do estudo (tema, objetivo).</p> <p>Esclarecimento global do decorrer da entrevista.</p> <p><u>Consentimento informado:</u></p> <p>Pedido de colaboração do entrevistado;</p> <p>Explicar que pode interromper a entrevista sem quaisquer consequências;</p> <p>Assegurar a livre expressão e esclarecimento de dúvidas no decorrer da entrevista;</p> <p>Pedir autorização para realizar e gravar a entrevista;</p> <p>Assegurar o anonimato do entrevistado;</p> <p>Assegurar a confidencialidade dos dados obtidos;</p> <p>Assinatura do consentimento informado.</p>		
Corpo da Entrevista		
<p><u>Objetivo da entrevista:</u></p> <p>Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.</p>		

Questão central:

No decorrer da sua prática profissional no serviço, teve certamente experiências de trabalho no cuidar do doente com VNI.

Pedia-lhe que recordasse algumas dessas experiências, e que me falasse um pouco sobre como foi prestar cuidados a um doente com VNI?

Questões orientadoras:

Como se sentiu ao prestar cuidados a um doente com VNI?

Em que aspetos estava mais à vontade?

Em que aspetos estava menos à vontade?

Que estratégia adotou para resolver e ultrapassar eventuais dificuldades desta prática?

Indique que conhecimentos considera relevantes para assegurar estes cuidados?

Que fatores considera facilitadores para cuidar do doente com VNI?

Que fatores considera dificultadores para cuidar do doente com VNI?

Pós-Entrevista

Questionar se existe algo mais que queira acrescentar.

Agradecer a participação e disponibilidade.

ANEXO 2- PEDIDO FORMAL AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HD

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Santarém

Sílvia Maria Cordeiro Costa Fragoso, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, a exercer funções de chefia no serviço de Medicina IV- Homens do Hospital Distrital de Santarém, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a desenvolver uma dissertação com a temática **“Perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI no serviço de internamento”**, consistindo num estudo descritivo, exploratório nível I, de abordagem qualitativa. Vem por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para efetuar as necessárias entrevistas aos enfermeiros dos serviços de Medicina 3 e Medicina 4-Mulheres, com recurso à gravação áudio, onde serão cumpridos todos os princípios éticos e deontológicos, não comprometendo o normal funcionamento do exercício profissional.

O objetivo do trabalho é: Descrever e analisar a perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.

Na utilização da VNI, os profissionais de enfermagem devem estar treinados e serem detentores de conhecimentos relativos a esta modalidade ventilatória. Além disso, no decorrer da década de 1940 até aos nossos dias, destaca-se um desenvolvimento importante da VNI (Esquinas,2011).

Pretendemos resultados e conclusões que favoreçam:

- A investigação futura sobre a temática no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- O desenvolvimento de boas práticas no desempenho profissional dos enfermeiros;
- A efetivação de normas de atuação e manuais, norteadas para a eficácia, melhoria, e segurança no atendimento dos nossos doentes.

Junto envio a cópia do guião de entrevista a aplicar.

Sem outro assunto de momento.

Pede deferimento,

Santarém, 7 de Novembro de 2013

Morada: Portela das Padeiras, Casal Cordeiro nº168

2005-449 Santarém

E-mail: silviacostaf@sapo.pt

ANEXO 3- CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Consentimento informado livre e esclarecido para participação em investigação

Exmo. Senhor (a) Enfermeiro (a), leia o presente documento, podendo questionar e solicitar mais informações sobre algum aspeto que considere pouco esclarecedor. Se concordar com o que foi apresentado, queira assinar este documento.

Sílvia Maria Cordeiro Costa Fragoso, aluna de um Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, investigadora num estudo subordinado ao tema, “Perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI no serviço de internamento” consistindo num estudo descritivo, exploratório nível I, com uma abordagem qualitativa.

Os objetivos deste estudo são: Descrever e analisar a perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.

Desejamos que os resultados e conclusões favoreçam:

- A investigação futura sobre a temática no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- O desenvolvimento de boas práticas no desempenho profissional dos enfermeiros;
- A efetivação de normas de atuação e manuais, norteadas para a eficácia, melhoria, e segurança no atendimento dos nossos doentes com VNI.

Face ao exposto, viemos por este meio requerer a sua participação neste estudo através da realização de uma entrevista que irá ser gravada e cujo os dados obtidos permaneceram confidenciais e de utilização exclusiva. A sua participação é voluntária, podendo solicitar a sua desistência em qualquer altura do estudo, sem que daí advenha qualquer repercussão.

Muito obrigado pela sua colaboração, _____

Declaro que relativamente à investigação a desenvolver por Sílvia Fragoso, com o tema “Perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com VNI no serviço de internamento” tive oportunidade de ler e compreender o presente documento, assim como as informações transmitidas verbalmente. Fui informado(a) sobre o âmbito, finalidade, objetivos e garantia da possibilidade de desistência a qualquer momento em participar, sem quaisquer consequências. Assim, aceito participar neste estudo permitindo a utilização dos dados voluntariamente fornecidos. Confio que os dados serão apenas utilizados nesta investigação com a garantia de confidencialidade e anonimato dada pela investigadora.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

**ANEXO 4 - ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE -
ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>(...) tive várias experiências até hoje, as primeiras considero-as claro mais difíceis. A dificuldade adivinha sobretudo de não ter nenhuma prática (...) (E1,P1,L5).</p> <p>(...) experiências todas elas são diferentes, como eu te estava a dizer isto tem a ver com esse sentimento de segurança que nós temos ou não, e isso tem haver também com o decorrer do tempo. (...) (E1,P1,L21).</p> <p>Eu penso que realmente é com o tempo, com experiência no trabalho, que isso vai melhorando, (...) (E1,P2,L40).</p> <p>É importante também já ter alguma prática profissional a nível da forma como abordamos os familiares e os doentes, de forma a diminuir ansiedade deles e a facilitar a adaptação da pessoa à própria máquina e a esta forma de ventilação (E2,P6,L64).</p> <p>Até podemos não ser peritos neste tipo de ventilação, porque é uma coisa que não se faça rotineiramente, mas sentir a vontade é fundamental (E3,P6,L122).</p> <p>(...) no decorrer da minha atividade profissional só agora nestes últimos dois três anos é que tive mais contato com VNI, porque pontualmente aparecia um ou dois doentes. Ultimamente é mais recorrente o uso da VNI no internamento. No cuidar no início não tinha muitos conhecimentos, as experiências eram muitos escassas em relação à ventilação não invasiva (E4,P1,L5).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>Porque o uso começou a ser mais frequente e nós enfermeiros ali do serviço não tinha-mos propriamente muito à vontade com a ventilação não invasiva (E4,P5,L66).</p> <p>No início foi um bocado complicado, porque quando apareceu a primeira vez o aparelho, era difícil, eu pelo menos tinha um bocado mais de dificuldade, especialmente quando era uma pessoa mais pesada ou mais prostrada (E5,P1,L4).</p> <p>(...), é mais fácil hoje em dia, conseguirmos por uma mascara e conseguirmos lidar com a situação e falarmos com a pessoa e acalmarmos e explicarmos porque nem sempre se conseguia, acho eu (E5,P1,L13).</p> <p>Proto já temos assim mais, que no início não tínhamos, pedir ajuda aos colegas do piso sete. Eu lembro-me de ter ligado já a colegas da urgência, quando não conseguíamos (...) (E5,P2,L63).</p> <p>(...) e agora já é mais fácil e até já qualquer pessoa já traz aparelhos de casa, já é mais usado (E5,P3,L65).</p> <p>De facto no serviço ultimamente aparecem muitos doentes com esse tipo de situação. Está a ser cada vez mais frequente (E6,P1;L5).</p> <p>É assim, cuidar de um doente com ventilação não invasiva nem sempre é fácil. Primeiro, é assim agora talvez se esteja a tornar mais fácil, pela frequência com que acontece. Mas eu lembro-me que no início era complicado, porque nós não estávamos habituados a trabalhar com o equipamento (E6,P1,L13).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>A gente já se lembra de experiências anteriores, olha daquela vez aconteceu, não sei o quê, então vamos ver se isso.(E6,P2,L63).</p> <p>Nessa identificação, já me sinto minimamente à vontade, porque lá está, a experiência, também leva um bocadinho a que isso aconteça. (E6,P3,L75).</p> <p>Também já se começa a ter alguma experiência e as coisas começam a correr bem. Começa já a não haver assim tantas dificuldades quanto isso. (E6,P3,L82).</p> <p>Porque realmente é uma área que não é das coisas mais frequentes que nos surgem e há lacunas, sem dúvida em relação a isso (E6,P5,L132).</p> <p>Depois a seguir a gente já não mexe e acaba por esquecer (E6,P5,L146).</p> <p>Depois o resto é a prática, que essa agente de facto não tem (E6,P5,L151).</p> <p>Esse tipo de coisas, nós é a tal experiência, o que se vai adquirindo e que se vai tentando colmatar as dificuldades, que existem sem dúvida, mas que se tem colmatar de alguma forma (E6,P5,L169).</p> <p>(...) no decorrer desde os anos de experiência foram várias as situações em que tivemos doentes com ventilação não invasiva. Ultimamente situações muito mais frequentes. (E7,P1,E5).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>Como depois as situações começaram a ser várias, a experiências também fui falando por si e ultimamente já é relativamente simples trabalhar com o doente com ventilação não invasiva (E7,P1,L19).</p> <p>Mas vou tendo a experiência e o trabalhar com os doentes dá-nos estratégias que podemos ir adicionando. Se uma não funciona vamos tentar outra, se funcionou com o outro doente vamos ver se funciona com este, e vamos melhorando a nossa prática (E7,P1,L28).</p> <p>(...) e aproveitar as experiências positivas para depois voltar a polas em prática (E7,P5,L49).</p> <p>O fato é que são experiências que nos ficam marcadas especialmente os doentes com esta ventilação não invasiva (...) (E8,P1,L9).</p> <p>É a experiência que eu tenho, quando é fases mais agudas há sempre uma descompensação (E8,P1,L33).</p> <p>(...) experiências positivas, mas sei que não é fácil (E8,P1,L37).</p> <p>Lá está, para já acho que a prática profissional e a experiência profissional é importante. (E8,P6,L84).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>(...) dá uns anos para cá nós temos tido correntemente ventilação não invasiva, desde há 2 anos para cá tem sido uma questão frequente (E9,P1,L5).</p> <p>(...) no início é sempre complicado, são máquinas que nós estávamos tão habituados a lidar com frequência. Mas depois com a experiência e com o apoio médico e é realmente com experiência acabamos por adquirir estratégias e conseguir ultrapassar essas situações (E9,P2,L22).</p> <p>Como eu disse a experiência acabou nós por ensinar muitas coisas (E9,P5,L50).</p> <p>Ao longo do tempo o cuidar destes doentes vai nos sendo mais fácil. No início, uma pessoa quando começa a trabalhar as coisas, (...) (E10,P1,L5).</p> <p>Nós precisamos tanto ultimamente, parece que dantes raramente as pessoas faziam, realmente é muito eficaz em algumas pessoas. (E10,P7,L168).</p> <p>Eu lembro-me que antigamente usavam muito a ventilação não invasiva, mais nos doentes com apneia do sono e agora usa-se também muito se por exemplo estão com saturações baixas de oxigénio este tipo de ventilação (E12,P1,L5).</p> <p>De repente há coisas que a gente não estava habituada a fazer, etc. e isto depois também é um desafio para nós (E13,P2,L49).</p> <p>Quer dizer, nós no fundo temos as mesmas competências, com certeza nós podemos resolver (...) (E13,P2,L56).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>(...) quando se pensa sobre as coisas e em determina situação prática, eu acho que se pode sempre aprende para outras. A reflexão acho que é o primeiro passo para mudar, (...) (E13,P3,L70).</p> <p>Sinto no início às vezes enquanto não estou muito familiarizada com a técnica, era uma dessas coisas que nos apareciam como novas, depois a gente vai olhando, e vai percebendo, e vai pensando como é os ultrapassa (E13,P3,L99).</p> <p>(...) vamos lá manter na minha esfera de competência e cada um faz o seu trabalho e portanto em termos de conhecimentos (E13,P6,L122).</p> <p>Eu acho importante dominar a técnica, em si, eu acho que isso é importantíssimo, (...) (E13,P6,L149).</p> <p>(...) é um equipamento que também não é tão usual... agora começa a ser mais, mas não é tão usual (...) (E14,P1,L16).</p> <p>(...) como não é uma coisa que nós mexamos todos os dia,(...) (E14,P5,L79).</p> <p>(...) aquilo que nós aprendemos que na altura até nos é conveniente depois para aplicar na prática onde é que já vai (E14,P5,L80).</p> <p>Presentemente sinto-me mais segurança (...) (E1,P2,L42).</p> <p>(...) sinto-me um bocado à vontade para lidar com este tipo de aparelhos, embora no entanto, há sempre uma série de cuidados que tem que se ter, e estar atentos. (E3,P2,L56).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>Sinto-me à vontade no colocar a máscara, na gestão do aparelho em si, desde que os parâmetros esteja lá colocados corretamente. Na colocação da máscara, depois na manutenção, não noto qualquer dificuldade (E3,P3,L62).</p> <p>É, eu sinto a vontade com este tipo de ventilação (E3,P6,L117).</p> <p>(...) foi-se tornando mais fácil o cuidar e com mais segurança também de cuidar destes doentes e ajudá-los (E4,P1,L9).</p> <p>Regra geral sinto-me bem (E4,P2,L27).</p> <p>O mais à vontade é mesmo o posicionar o doente, adaptar a máscara, a posição e o sítio correto (E4,P2,L39).</p> <p>Agora com a continuidade a gente acaba por adquirir alguma segurança (E6,P2,L52).</p> <p>Essa segurança, lá está, vai-se adquirindo. O que não quer dizer que seja os doentes que eu tenha mais segurança (E6,P2,L60).</p> <p>Hoje, posso dizer que me sinto à vontade porque já domino de alguma maneira aqueles passos básicos do explicar ao doente, o por a máscara, o proporcionar-lhe o conforto (E7,P1,L33).</p> <p>(...) sinto-me perfeitamente à vontade em utilizar uma ventilação não invasiva no serviço (E9,P2,L25).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>(...) mas realmente, em situações de crise, é a parte técnica que me sinto mais à vontade neste tipo de situação (E9,P3,L44).</p> <p>(...) eu acho que não há nenhum aspeto que eu possa referir que eu me sinta menos à vontade (E9,P4,L46).</p> <p>Eu acho que sobretudo a segurança da pessoa vem de dentro é quando tu tens os conhecimentos, (...) (E13.P3,L78).</p> <p>(...) não são coisas com os quais eu me sinta muito atrapalhada. (E15,P1,L8).</p> <p>É uma coisa que faço com alguma tranquilidade, não é nada que me atrapalhe. A parte técnica, é como digo, uma vez dominada, compreendesse faz-se (...) (E15,P2,L100).</p> <p>(...) sentimento de insegurança ao início. Tentava junto dos meus colegas, que infelizmente também eles sentiam alguma insegurança (...) (E1,P1,L8).</p> <p>(...) sinto mais à vontade, mas há sempre aquele baixo nível de alguma insegurança, (...) (E1,P2,L37).</p> <p>(...) mas inicialmente o que eu sentia acima de tudo era insegurança (E1,P2,L41).</p> <p>(...) a insegurança ainda surge,(...)(E1,P2,L49).</p> <p>(...) um pouco mais insegura por causa disso.(E2,P2,L32).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>(...) incerteza de que inseri corretamente os parâmetros e que o doente está a fazê-lo corretamente (E3,P1,L28).</p> <p>No início sentia-me insegura, bastante insegura, como não era uma coisa que acontece- se todos os dias, causava-me sempre um certo stress (E1,P2,L48).</p> <p>(...) e então aí, às vezes uma pessoa acaba por ficar um mais insegura, (...) (E6,P4,L89).</p> <p>(...) é quando existe mesmo alguma inadaptação do doente, aí estou um bocadinho menos à vontade,(...) (E11,P4,L48).</p> <p>Geralmente temos sempre a esperança que essa parta já esteja resolvida, a parametrização. Justamente por ser uma coisa que nós fazemos menos, é que sinto maiores dificuldades (E1,P4,L64).</p> <p>(...) querem que o doente faça um Bipap ou CiPAP, depois não sabem inserir os dados no aparelho e têm de ser os enfermeiros a desenrascar digamos assim. Nesse sentido, eu acho que foi a maior dificuldade que eu senti, pelo menos nestas situações que ocorreram e que não é a primeira vez que acontece (E3,P1,L29).</p> <p>(...) é às vezes ter um bocado mais de dificuldade em lidar com uma situação (E13,P2,L42).</p> <p>(...) tem alguma dificuldade isto e aquilo, de compreensão, de alguma situação que é diferente, que nos surge como nova, a partir daí vai ler, vai... portanto, tenta adquirir conhecimentos no sentido de estar à vontade na técnica, seja ela qual for (E13,P3,L84).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>(...) sinto dificuldade é com um doente que esteja mal adaptado ao Bipap ou CiPAP (E13,P1,L12).</p> <p>(...) é sempre essa é a minha maior dificuldade, porque é algo... aquele sofrimento, aquela agitação, aquele incômodo(...) (E15,P1,L30).</p> <p>(...) quando Bipap deixa de ser quase 24 horas, passa a ser só noturno, é muito difícil para mim estar a pôr uma máscara numa pessoa que está cansada de a ter, está magoada de ter a máscara, que já não quer continuar (...) (E15,P1,L54).</p> <p>É uma situação um pouco tensa, às vezes não é muito fácil, então se for a primeira vez que o doente é sujeito à ventilação não invasiva (E2,P1,L5).</p> <p>(...) deixam maior tenção e até porque para eles aquilo é tudo uma novidade muito grande para eles e às vezes torna-se complicado numa situação de urgência estar a explicar ao doente que vai ter que estar com uma máscara (E14,P1,L11).</p> <p>(...) o doente estiver calmo, eu não me sinto mal, não sinto qualquer tipo de ansiedade. Às vezes, sinto-me um bocado mais ansiosa por causa da ansiedade da pessoa, (...) (E2,P2,L30).</p> <p>O que causa um bocado de ansiedade e de responsabilidade, porque no fundo eu sinto que não deveríamos ser nós a fazê-lo. Não deveria ser da nossa responsabilidade estarmos a introduzir os parâmetros (...) (E3,P1,L19).</p> <p>Sem dúvida a parametrização é algo que a mim me causa ansiedade, quando um doente tem de iniciar. (E3,P3,L65).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>O meu sentimento também é de ficar também ansiosa porque eu acho que com muitos anos de trabalho eu não consigo lidar com a ansiedade da outra pessoa (E5,P2,L32).</p> <p>Mas a máscara também nos causa sempre assim aquela ansiedade, se está bem adaptada (E9,P3,L37).</p> <p>(...) são um bocadinho causadoras de ansiedade e de stress (E14,P2,L49).</p> <p>(...) vou sempre renitente mas não demonstro isso. Mas vou sempre com aquela ideia, olha daqui a bocado já tirou os BiPAP, porque não se sentem bem (E8,P2,L42).</p> <p>(...) o sentimento é este, quando iniciam aqui no serviço, vou sempre com aquela renitência, será que vou chegar lá e o doente não tem, porque tira o BiPAP. Esse é o sentimento que eu tenho (E8,P2,L45).</p> <p>É de compreensão pela (...) por tudo, pelas necessidades que a pessoa tem, porque... é de compreensão, não é de julgar (...) (E10,P2,L59).</p> <p>É de compreensão e de ajuda, de espírito de ajuda, eu acho (E10,P2,L61).</p> <p>Nesse caso às vezes é um bocadinho de impotência, não saber o que fazer (E11,P2,L31).</p> <p>Quando o doente está com dificuldade de adaptação, aí sinto um bocadinho de impotência, sim, às vezes não saber qual é o passo seguinte (E11,P2,L35).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Experiência</i></p>	<p>É um sentimento quase de impotência porque não consigo resolver a situação (E12,P2,L45).</p> <p>É um sentimento de impotência (E12,P2,L49).</p> <p>Mas eu acho que no início é um bocadinho de desconforto da minha parte,(...) (E13,P2,L58).</p> <p>(...) isso também nos causa stress a nós.(E14,P1,L20).</p> <p>(...) depois as partes que me suscitam reações emocionais, já tem haver a com adaptação, a convivência da pessoas face então à utilização ou não do Bipap.(E15,P2,L102).</p> <p>(...) o doente está mal adaptado aí já é uma coisa que eu vivo com angústia pessoal(...) (E15,P2,L105).</p>
	<p><i>Formação</i></p>	<p>(...) sentia que realmente a nível dos conhecimentos, tinha poucos conhecimentos para saber lidar com um doente com VNI (E1,P1,L7).</p> <p>(...) é realmente o saber trabalhar, saber manusear com Bipap / CiPAP, seja que aparelho for. Mas além do aparelho, temos também o doente, também temos aqueles conhecimentos mais próprios do doente. Saber identificar as dificuldades que ele possa apresentar (E1,P6,L81).</p> <p>Os meus conhecimentos, hoje sinto-me uma maior facilidade em lidar com doente, (...) (E1,P7,L102).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>A falta de alguns conhecimentos que eu ainda posso ter, assume que nunca sei tudo e que está sempre aparecer coisas novas (E1,P8,L107).</p> <p>(...) das pressões de oxigénio, das pressões de CO2, conhecimentos mesmo empíricos e é importante também termos alguma noção do modo de funcionamento adequado da máquina, o sítio onde se deve conectar o oxigénio (E2,P6,L62).</p> <p>Para que é que serve a ventilação não invasiva, em que situações. As indicações que se deve utilizar, os cuidados que tem que se ter. Tanto na gestão da máquina como na preparação do doente (E3,P5,L90).</p> <p>Ter noção para que serve, para que não serve e quais são as indicações e forma de o fazer (E3,P6;L126).</p> <p>(...) conhecer a parte respiratória, essa é a base. Depois temos de conhecer a parte de montar o circuito, temos várias opções de máscaras mas por norma temos aquelas (E4,P6,L75).</p> <p>É assim tenho que pensar nas contraindicações e nas indicações. Acabamos por perceber as patologias em que está indicado. (E4,P6,L77).</p> <p>Neste caso penso que deve-mos saber mesmo é onde está contraindicado. Acho que as contraindicações deve-mos estar muito despertas para elas para não acontecer este tipo de situações, (...) (E4,P6,L83).</p> <p>E é mesmo o pouco conhecimento de algumas áreas. (E4,P8,L101).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>Teoricamente todos os conhecimentos que a gente poder para adquirir, porque são necessários (...) (E5,P6,L92).</p> <p>Ficou os conhecimentos gerais e ajudou muito, mas depois aquelas coisas mais pequeninas, essa parte acaba por se perder quer se queira quer não, acaba por se perder. Mas pelo menos já ouvimos falar, já não é mau (E6,P5,L146).</p> <p>Primeiro conhecimentos sobre a patologia do doente, acho que começamos logo por aí. Nem todas as patologias estão indicadas para aquele tipo de ventilação (...) (E6,P6,L174).</p> <p>(...) os tais conhecimentos que eu falei á pouco, sobre o próprio Bipap, os próprios parâmetros (E6,P6,L178).</p> <p>(...) com os conhecimentos que temos nós já sabemos quais são os passinhos. Realmente às vezes, quando nos aparece lá o erro do não sei das quantas, aí a gente já não sabe o que é (E6,P6,L184).</p> <p>Os conhecimentos que devem ser básicos, para depois melhor desenvolver os cuidados, são: o que é a VNI, porque é que é importante, e ter a capacidade de explicar isso ao doente. Estes são os mais importantes. Conhecer um bocadinho como é que funciona o ventilador também, mas os mais importantes é o conhecimento da necessidade e o porquê e passar essa informação ao doente (E7,P6,L52).</p> <p>Os conhecimentos são dominar muito a parte da atividade de vida, neste caso é respirar, a consciência (E8,P6,L85).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>Os conhecimentos teórico-práticos da enfermagem, é muito global. Não é só vermos o doente e o aparelho (E9,P6,L57).</p> <p>(...) conhecimentos relevantes, a nível de diagnóstico acho que é mais importante perceber o que é o diagnóstico, o que é a descompensação e o que é que envolve. A parte mais física, as gasometrias, realmente o diagnóstico, toda a sequência de alterações que pode evoluir, não é (E9,P6,L59).</p> <p>Os fatores facilitadores a nível de conhecimento teórico prático, não é só termos a nossa experiência, a nossa vivência. Mas também realmente os conhecimentos teóricos, porque se não estamos a ser um bocado mecanizados no que estamos a fazer (E9,P7,L65).</p> <p>(...) parte técnica, pronto não é, as coisas, os aparelhos também são todos diferentes e há coisas que nós precisamos de muitos conhecimentos, porque este não é igual àquele, a forma como funciona (E10,P1,L47).</p> <p>Como eu já disse, é conhecimentos a todos os níveis, tanto a nível realmente de relação de ajuda com o doente, de empatia, de compreensão, de não julgar (E10,P6,L114).</p> <p>Eu acho que é aqui um conjunto de conhecimentos a todos os níveis, mais práticos do material e todos os outros que temos que ter para avaliação do doente (E10,P6,L122).</p> <p>Porque nós acabamos às vezes por não ter o conhecimento total do material que se pode usar, das opções que existem e isso é uma das situações que eu tenho assim em mente (E11,P1,L14).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>(...) conhecimentos técnicos também são importantes, temos que ter conhecimento sobre o material, saber se as coisas estão a funcionar, se máscara está bem adaptada. Pronto temos de conhecer como montar todo material, temos que ter estes conhecimentos todos. Temos que ter conhecimentos analíticos, conseguimos ver, por causa das gasometrias e também a nível de observação do doente, os sinais (E10,P6,L117).</p> <p>(...) vamos buscar os nossos conhecimentos e não há assim nada dificultador (E11,P2,L22).</p> <p>(...) às vezes até basta ajustar alguns parâmetros, mas nós não temos o conhecimento suficiente para fazer isso (E11,P2,23).</p> <p>Sabemos o básico ali da ventilação, mas depois na resolução de problemas é um bocadinho mais difícil (E11,P2,L37).</p> <p>(...) conhecimentos acerca do que é que é este tipo de ventilação e cada vez é mais utilizada até como para prevenir que o doente precise de uma ventilação invasiva. E temos que ter conhecimento do que é que é este tipo de ventilação, o que é que cada modulo depois permite fazer, qual é o estado de consciência daquele doente. Saber também que o tipo respiração que ele está a fazer, é muito importante para depois para os parâmetros. Acho que também é importante saber os antecedentes pessoais dos doentes, a maior parte destes doentes têm antecedentes de DPOC, é preciso ter conhecimentos a esse nível, também de gasometrias (E11,P6,L65).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>(...) a parte do material, o que é que preciso, que tipo de máscara e que nós podemos adaptar a cada doente e o que é que vai facilitar as nasais, o conhecimento técnico (E11,P6,L75).</p> <p>(...) é também essa falta de conhecimento do que é que podemos melhorar para que ventilação seja eficaz. Às vezes chegarem também equipamentos que nós não temos assim grande conhecimento (E11,P8,L89).</p> <p>O conhecimento sobre as situações acho que é facilitador, porque nos deixa à vontade para mexer (...) (E12,P7,L112).</p> <p>Acho que o conhecimento é importante, (...) (E12,P7,L114).</p> <p>(...) a baixa quantidade de conhecimentos(...) (E12,P8,L130).</p> <p>(...) como é que em termos conhecimentos ou de outras estratégias, a gente pode lidar com a situação de forma ultrapassar os problemas que a gente deteta em cada um (E13,P3,L76).</p> <p>(...) perceber muito bem as patologias de cada doente e a necessidade (...) (E14,P6,L89).</p> <p>(...) parte das gasometria, da leitura e da interpretação das gasometrias (...) (E14,P6,L92).</p> <p>(...) máquinas e dos aparelhos, acho que essa parte técnica (...) (E14,P6,L94).</p> <p>(...) eu não consigo dar o passo seguinte, porque me falta depois essa...esse conhecimento, essa base (E15,P1,L93).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>O domínio técnico, a compreensão da máquina em si,(...)(E15,P6,L137).</p> <p>(...) a nível dos Bipap em si, acho que essa parte é muito importante, mesmo da correta e boa adaptação da máscara à face e depois perceber como é que funciona todo o nosso aparelho respiratório e o que é que nós estamos a fazer (E15,P6,L140).</p> <p>Senti então depois mais tarde, mesmo assim, de recorrer a ações de formação e tentar perceber mais, tirar mais algumas dúvidas que tivesse e assim conseguir sentir mais segurança na prestação de cuidados (E1,P1,L19).</p> <p>(...) porque também devido à tal ação de formação que fui, tenho uma outra noção (E1,P1,L42).</p> <p>A principal, foi mesmo, sempre que apareçam algumas ações de formação, tento ir para realmente sentir-me mais segura, tendo mais conhecimentos (E1,P5,L68).</p> <p>(...) ações de formação, além desses sinais que nós podemos identificar no doente, realmente aquilo que eu precisei mais de beber, foi o manuseamento propriamente dito, com esses ventiladores, com a montagem dos mesmos (E1,P5,L76).</p> <p>Facilitou bastante depois as ações de formação que eu participei, (...) (E1,P7,L99).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>Agora quando é relativamente ao próprio doente, quando tenho alguma dúvida do ponto de vista teórico, tento pesquisar na internet e tentar consultar manuais (E2,P5,L64).</p> <p>Nunca tive formação na parametrização da máquina. Mas no outro contexto da VNI, já, nos cuidados ao doente com ventilação não invasiva, sendo bastante importante, porque acho que é uma coisa muito específica, é de uma grande responsabilidade em termos de cuidados (E3,P5,L73).</p> <p>Eu acho que é algo que é bastante facilitador sentir-me à vontade. Ter formação nesta área (E3,P6,L119).</p> <p>Fazer formação nesta área, para quando acontece tu sabes, o que é que vai passar, como deves fazer. Desde a gestão do aparelho, depois a parte do doente, (...) (E3,P6,L124).</p> <p>(...) formação ao meio ano mais ou talvez também com um técnico e pronto exemplificou-me algumas das dúvidas e mesmo no colocar a máscara. (E4,P4,L51).</p> <p>Depois dessa formação já consigo perceber exatamente o sítio e quando magoa o que é posso fazer para trocar para outra máscara ou mesmo colocar o oxigénio. A zona dos filtros e das válvulas, se for necessário, aí já depois dessa formação já..., porque antes disso não. (E4,P4,L53).</p> <p>(...) depois foi esta formação que foi muito bom.(E4,P5,L65).</p> <p>Neste momento aquela formação que fizemos foi importante, (...) (E4,P7,L91).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>Com o tempo, depois com os ensinamentos em que depois começamos a aprender (...) (E5,P1,L10).</p> <p>Neste momento já me sinto mais à vontade, porque agora já tivemos uma ação de formação de uma aluna que estagiou aqui e como havia alguns colegas que tinham mais dificuldade, fez-nos uma ação de formação (E5,P2,L60).</p> <p>Praticando depois fui pesquisando e como eu disse houve ações de formação já. Fomos sempre vendo, também agora uma coisa que é muito fácil que é a net, (...) (E5,P5,L80).</p> <p>Depois também à relativamente pouco tempo houve uma formação no hospital sobre ventilação não invasiva, eu aproveitei para ir. Achei que era uma lacuna que eu tinha e que seria importante ir e fui e por acaso ainda esta semana vamos ter outra e vou voltar a ir (E6,P5,L129).</p> <p>Tento colmatar com aquilo que tenho, apesar de ter consciência de que as formações são muito boas, mas não se aprende naquele momento. Eu fui à outra formação, só com a experiência. Fui à outra formação, foi importante aprendi algumas coisas, mas se me perguntar se fiquei assim tão mais à vontade, não (E6,P5,L133).</p> <p>É como a programação, deu-nos umas luzes de programação e alguns os conhecimentos dos IPAP e EPAP, mas quer dizer aquilo não se aprende em duas horas ou em 3 (E6,P6,L140).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Formação</i></p>	<p>No início era complicado porque nós não saímos da escola com muita formação necessária área ou pelo menos no meu tempo, não tivemos muita formação nesta área (E7,P1,L7).</p> <p>Ao longo dos anos fui fazendo uma série de formações, consulta de artigos, jornadas. Formações que houve aqui na instituição sobre o tema, para me dar mais conhecimentos e melhorar a prática. Foi essencialmente formação (...) (E7,P5,L47).</p> <p>É o informar-me, ir à procura de informação. Principalmente é ir procurar informação e através de ações de formação, que nós já tivemos no hospital. Eu já fui a uma, amanhã vamos a outra e é através da procura de informação e com a experiência. (E8,P5,L78).</p> <p>No início não tínhamos grande formação, era uma situação muito - “ah doente descompensado respiratoriamente vai para os diretos ou vai para a UMC”. Depois começamos realmente a ter, (...).</p> <p>Mas fizemos uma formação no ano passado, que a L., veio fazer ao hospital, também nos deu, já foi este ano, que nos deu mais uma panóplia de materiais, que uma pessoa em meio hospitalar estamos habituados às máscaras, começamos a tomar conhecimento das máscaras nasais (E9,P5,L50).</p> <p>(...) outras vezes fazia eu a pesquisa lá em casa nalguns livros que tenho e na internet também, tentei procurar assim a informação (E12,P5,L88).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
Estratégia para o desenvolvimento profissional	<i>Formação</i>	<p>(...) a gente não sabe bem, mas vamos passar a saber, vamos ler umas coisas, vamos ter formação, vamos dinamizar,(...)(E13,P2,L51).</p> <p>(...) sobretudo a formação, acho que é o mais importante. A pessoa vai lendo umas coisas, vai trocando impressões, vai percebendo (E13,P5,L103).</p> <p>(...) fazer algumas formações, tanto já fiz uma aqui, com os enfermeiros (...) (E14,P5,L76).</p> <p>Sim já temos mais informação disponível e mais... é diferente agora do que por exemplo quando eu comecei (E14,P7,L106).</p> <p>(...) a formação que nós tivemos com uma das empresas que fornecem os Bipap aqui ao hospital, com qual o hospital trabalha, foi muito elucidativa no sentido de melhores máscaras alternativas às máscaras faciais, o que fazer quando a pessoa começa a macerar, (...)(E15,P1,L71).</p> <p>(...) formação e ela foi recente nos últimos três meses, já tivemos situações em que com esses conhecimentos pudemos escolher uma alternativa para ajudar (...) (E15,P1,L75).</p> <p>(...) as formações que foram proporcionadas. Quer seja em casa procurando formação pessoal (...) (E15,P5,L125).</p>
	<i>Recursos a outros profissionais</i>	<p>Mas depois com o tempo e com a ajuda de alguns técnicos mais especializados (...) Eles ajudaram a colmatar algumas deficiências de conhecimento que nós tínhamos, que a equipa toda tinha e começamos a conseguir melhor lidar (E1,P1,L11).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Recurso a outros profissionais</i></p>	<p>(...) pedir ajuda de uma de uma colega. A colega ajudou-me, e disse que efetivamente aquela máscara era adequada (...) (E2,P1,L20).</p> <p>(...) ajuda aos meus colegas, quando surgem dúvidas, quando eu não sei lidar com uma situação, apoio muitas vezes nos meus colegas. Apoio-me muitas vezes neles, é a grande estratégia que eu uso (E2,P5,L61).</p> <p>(...) por um Bipap a um doente e tenho dúvidas de que aquilo está bem está bem parametrizado, de que ninguém vem cá parametrizar, ligo para os técnicos (E3,P4,L70).</p> <p>Os colegas veem pedir ajuda, porque acabo por ser uma pessoa mais experiente, também pelos serviços onde eu já trabalhei (E3,P7,L145).</p> <p>Aí temos que ter sempre a colaboração do médico para alguma terapêutica e para algumas questões (E3,P1,L14).</p> <p>(...) depois tive que ligar para Gasin, para telefonicamente o técnico me dizer como é que eu fazia na máquina para introduzir os parâmetros (E3,P1,L18).</p> <p>Foi uma sensação um bocado chata. Porque depois tive que ligar para o técnico telefonicamente, teve que identificar qual é que era o aparelho e depois dizer-me como é que se inseria os dados (E3,P1,L25).</p> <p>Regra geral sinto-me bem, quando eu tenho dúvidas nalguma coisa peço aos colegas (E4,P2,L31).</p> <p>Eu quando tinha dúvidas e cheguei a pedir às colegas (E4,P4,L58).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Recurso a outros profissionais</i></p>	<p>Quando temos dúvidas no turno e nós não conseguimos solucionar, pedimos ajuda a colegas de outro serviço, (...) (E4,P5,L63).</p> <p>Quando não sei mesmo o que fazer e que os colegas não conseguem nós telefonamos sempre para o técnico e ele vem e depois ajuda-nos, coloca uma máscara diferente ou o médico também nos pode solucionar (E4,P5,L68).</p> <p>(...) depois é muito facilitador termos uma empresa que a qualquer hora nos venha entregar o material, por norma o técnico só faz isto. Quando nós temos dúvidas perguntamos e explica-nos novamente o funcionamento daquele aparelho e adapta as máscaras (E4,P7,L92).</p> <p>(...) e aí os colegas têm mais dificuldade e então tem que se ligar e ligam à V. que disponibiliza logo, para dizer como é que eles adem de fazer e como é que devem de colocar o aparelho a funcionar. Eu ainda não tive essa experiência porque quando estava na prestação geralmente era os colegas, ou vinha o médico da urgência ou vinha os colegas (...) (E5,P4,L69).</p> <p>(...) depois temos sempre os colegas dos outros pisos são sempre fatores facilitadores (E4,P7,L95).</p> <p>(...) e falando uns com os outros. E quando há uma dificuldade, pedimos ajuda uns aos outros e hoje em dia já é muito mais fácil (E5,P5,L82).</p> <p>(...) e houve mais alguma dúvida temos logo a V. que nos ajuda e nos apoia (E5,P7,L102).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Recurso a outros profissionais</i></p>	<p>(...) dúvidas valida-se com o médico que está de banco a necessidade de continuar ou não (E6,P1,L37).</p> <p>(...) apoio dos colegas. Há colegas que têm mais à vontade com esse tipo de equipamentos do que outros e nós procuramos no turno a ajuda de quem tem mais à vontade (E6,P2,L64).</p> <p>Primeiro apoiamo-nos muito na equipa. Na equipa há pessoas que têm mais à vontade com umas técnicas, outras com outras (...) (E6,P5,L124).</p> <p>Muitas vezes até tenho que contactar a empresa que fornece o aparelho, para nos explicar (E6,P6,L190).</p> <p>Seja com o médico que esteja do banco, seja com os colegas (...) (E6,P7,L207).</p> <p>(...) pedir ajuda às colegas para ultrapassar as dificuldades e para perceber (...) (E7,P1,L9).</p> <p>Saber que há de base alguém que facilmente resolve o problema, dá-nos mais confiança (E7,P7,L66).</p> <p>(...) e de retaguarda de alguém conhecedor mais profundo do aparelho, do ventilador, que a qualquer momento posso contactar para resolver alguma situação pontual (E7,P7,L70).</p> <p>Comunicando com outros colegas, tirar dúvidas. Tem sido a estratégia utilizada (E8,P5,L77).</p> <p>Os dificultadores temos vários, mas nós agora já temos o apoio da L. que nos vem trazer os aparelhos ao hospital (E9,P8,L73).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Recurso a outros profissionais</i></p>	<p>Pronto mas eu acho que isso depois tudo se ultrapassa, porque precisamos de um apoio, eu acho que depois a nível técnico “isto não funciona” mas vai saber porquê (E10,P1,L49).</p> <p>Tem haver mais com algumas coisas técnicas, pontuais, não é... às vezes há coisas, mesmo alguns aparelhos que não funcionam, as vezes temos que chamar os técnicos porque não conseguimos mesmo dar a volta (E10,P4,L91).</p> <p>Mas vamos passando os turnos e vamos explicando se isto ou aquilo tem aquela particularidade. Nós vamos passando (...) (E10,P4,L99).</p> <p>(...) com os colegas, não é, a primeira abordagem logo. A gente chama logo alguém porque pode ser que alguém saiba. Porque depois depende das experiências de cada um. (...) Se ninguém souber pedimos a colaboração dos técnicos, normalmente há sempre formas, ou o médico, às vezes também não, não...é mais os técnicos quando nós não conseguimos mesmo resolver no serviço. Entre a equipa, não é, falar com colegas e com os técnicos. (E10,P5,L105).</p> <p>Só que é assim, este trabalho foi feito à posteriori pelos técnicos da empresa e verificamos que há sempre alguma maneira de dar a volta aos problemas, tem que ser sempre é mais com a ajuda dos técnicos da empresa (E11,P1,L11).</p> <p>(...) recorrer ao médico que seja para ajustar o ventilador, ou seja, para dar alguma medicação até que o doente precise para se acalmar ou porque há outro fator (E11,P2,L28).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para o desenvolvimento profissional</p>	<p><i>Recurso a outros profissionais</i></p>	<p>Nós recorremos sempre ao colega que está connosco muitas vezes até têm mais experiência e acabamos às vezes na resolução dos problemas muitas vezes por tentativas e ver o que é que não esta bem (E11,P5,L55).</p> <p>Também já aconteceu termos de recorrer aos técnicos, por haver que a máquina está sempre a alarmar e nós não conseguimos perceber porquê, ele chega lá muitas vezes e até não é assim nada de especial. Ou então recorremos também aos médicos para eles verem o que é que não estará ali a funcionar bem. Basicamente é recorrer a outros profissionais ou colegas (E11,P5,L59).</p> <p>(...) às vezes perguntava a alguns médicos,(...) (E12,P5,L87).</p> <p>Pelo pedido de colaboração, quando às vezes temos alguns doentes que nos aparecem com aparelhos novos e já me aconteceu ter de chamar o colega (...) (E14,P5,L81).</p> <p>Procurar conhecimento quer seja de colegas mais experientes (...) (E15,P5,L124).</p>

**ANEXO 5- ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE
ESTRATÉGIAS PARA A ADAPTAÇÃO DO DOENTE À VNI**

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o ventilador</i></p>	<p>(...) várias vezes surgiu oportunidade de colocar Bipap ou CiPAP a doentes. Porque eles às vezes agravam a parte respiratória, e às vezes o médico dá indicação para colocar um BiPAP. (E3,P1,L4).</p> <p>A grande dificuldade continua a ser os doentes agudos. Que ultimamente também há muitas situações de prescrição de ventilação não invasiva em doentes agudos, numa fase de descompensação e que, (E7,P1,L24).</p> <p>Tinha pieira, cansaço fácil a esforços depois o médico da UMC veio observar o doente, e iniciou então o Bipap.(E8,P1,L6).</p> <p>Também através da avaliação do estado de consciência e conseguir perceber realmente se o doente, nos às vezes não precisamos que o médico venha para dizer que o doente precisa de um Bipap. E já sei olha, este doente se calhar, se fizesse o Bipap, beneficiava. (E8,P6,L86).</p> <p>(...) as situações agudas que é necessário por descompensação respiratória, realmente utilizarem a ventilação não invasiva.(E9,P1,L8).</p> <p>(...) situações realmente da descompensação respiratória, que temos com bastante frequência e que realmente temos tido muito ultimamente no serviço ficarem com ventilação não invasiva, para tentar compensar.(E9,P1,L15).</p> <p>Porque normalmente são pessoas que não estavam a fazer e depois consoante os resultados analíticos têm que fazer. (E10,P1,L22).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o ventilador</i></p>	<p>(...) usam quase já de uma forma indiscriminada este tipo de ventilação. Portanto nessas situações se calhar seria melhor a outra ventilação mais invasiva, (...) (E12,P1,L17).</p> <p>(...) havia uma dúvida que era a diferença entre CiPAP e Bipap (E12,P5,L82).</p> <p>(...) atividade vida respiração, esta pessoa precisa disto e se não se adaptar a isto o passo seguinte provavelmente é a aplicação da ventilação invasiva.(E13,P1,L16).</p> <p>(...) ou tentaste esclarecer sobre, o que é que a ventilação não invasiva, o que é que é o CiPAP, o que é que o Bipap, (...) (E13.P3,L78).</p> <p>(...) o risco a seguir é seguir para uma ventilação invasiva, que traz outros problemas acrescidos.(E13,P5,L107).</p> <p>(...) um doente entrou em crise e o médico pediu mesmo para iniciar Bipap. (E14,P1,L22).</p> <p>(...) porquê é que é necessário a colocação da ventilação e porque é que o que é ventilação não invasiva ou outro tipo de ventilação.(E14,P6,L80).</p> <p>(...) há uma maior preocupação com a ventilação propriamente não invasiva,(...) (E14,P7,L10).</p> <p>(...) no sentido de evitar uma ventilação invasiva.(E15,P1,L47).</p> <p>(...) eu percebo o benefício, apesar do benefício face ao malefício, a pessoa ganha em ter a máscara,(...)(E15,P1,L55).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o ventilador</i></p>	<p>O porquê do Bipap face aos sinais e sintomas e as análises do doente. (E15,P6,L143).</p> <p>(...) menos à vontade será mesmo a parametrização do aparelho. (E1,P4,L60).</p> <p>(...) não fazemos parametrização do equipamento, habitualmente são os médicos ou os técnicos (...) (E2,P3,L43).</p> <p>Fatores dificultadores, a novidade. Se me colocarem uma máquina diferente daquelas que eu esteja habituado (...) (E2,P8,L76).</p> <p>(...) e às vezes lembro-me de situações em que a maior dificuldade foi depois a parametrização.(E3,P1,L10).</p> <p>(...) o Bipap veio e não estava parametrizado para aquele doente em particular. (E3,P1,L15).</p> <p>Desde que a máquina esteja parametrizada com os valores corretos, eu até tenho uma certa facilidade na gestão do mesmo. (E3,P2,L34).</p> <p>Sinto- me à vontade no colocar a máscara, na gestão do aparelho em si, desde que os parâmetros esteja lá colocados corretamente. (E3,P3,L62).</p> <p>A parametrização, isso também fazemos força para não sermos nós a parametrizar. (E4,P4,L44).</p> <p>A parametrização, isso eu não sei mesmo fazer, geralmente é o médico que o faz. (E5,P4,L68).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o ventilador</i></p>	<p>Para já a programação, não somos nós que fazemos e aí, às vezes há alguma dificuldade, ter de esperar que venha médico programar. (E6,P1,E17).</p> <p>(...)a programação não, definitivamente não, aí ainda não chegamos lá, é a seguir. Mas pronto a programação dos Bipap é uma coisa que não estamos minimamente à vontade, nem tivemos propriamente formação nesse nível. (E6,P3,L78).</p> <p>(...) para o programar, porque às vezes nós pensamos que se calhar, às vezes, nós detetamos que o Bipap não está bem adequado para que o doente, as experiências já nos leva a isso, mas depois também não podemos mexer. Por um lado porque não temos formação para isso, por outro lado, porque é um ato médico (...) (E4,P4,L85).</p> <p>Porque durante algum tempo nós nem sabíamos muito bem que parâmetros eram aqueles. Sabíamos que é que eu tinha determinados valores, mas nem sequer sabíamos o que é que eles significavam. (E6,P6,L179).</p> <p>É o manusear o próprio equipamento, a máquina em si. Como são diferentes, cada vez que temos uma situação de uma máquina diferente, eles são muito intuitivos mas são sempre diferentes relativamente à parametrização (...) (E7,P4,L42).</p> <p>Mas hoje estou à vontade, pronto a introdução dos parâmetros, nós não fazemos. Isso aí, para mim é que eu acho que é, não somos nós que temos de fazer. Os médicos é que são os que têm os parâmetros a introduzir. (E8,P3,L54).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o ventilador</i></p>	<p>(...) não dominamos muito a parametrização, também não é uma área que nos compete tanto, mas acho que podíamos ter mais conhecimento sobre isso e não ser eu a fazer. (E8,P4,L67).</p> <p>Olha a grande problemática, o programar isso é a parte médica, no serviço quem programa são os médicos. (E9,P3,L36).</p> <p>Para já a programação, também que aí é um bocadinho a parte médica, mas mesmo com os valores, pronto até aqui não sabíamos muito bem como programa-los, porque temos sempre equipamentos diferentes acaba por ser difícil. (E11,P4,L46).</p> <p>(...) ou a tentar estudar mais o doente e ver o que é que podemos alterar a nível de parâmetros.(E11,P7,L85).</p> <p>(...) se por acaso mexo nalgum botão que desprograma a máquina, eu não sei fazer a parametrização, eu não a sei fazer.(E12,P3,L53).</p> <p>(...) a parametrização não seria importante desde que garantam que a máquina não desprograma, não é. Agora se...,mas se calhar até era importante saber. (E12,P5,L94).</p> <p>Aquela questão dos parâmetros e dos não parâmetros, até chego a pensar que saber não ocupa espaço e se calhar se soubesse (...) (E13,P6,L117).</p> <p>A parte dos parâmetros, que nós não estamos muito familiarizados com isso, depois as máquinas (...) (E14,P2,L47).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o ventilador</i></p>	<p>(...) normalmente é sempre o médico que os programa.(E14,P2,L52).</p> <p>(...) nós temos que chamar o médico para vir programar, para pôr os parâmetros(...)(E14,P4,L64).</p> <p>(...) o médico é que tem que avaliar o doente, e é quem tem que ver que parâmetros é que ele quer programar.(E14,P4,L68).</p> <p>(...) não estávamos a perceber porque é que aquilo estava apitar e então era aquilo estava lá um parâmetro qualquer mal programado(...)(E14,P5,L84).</p> <p>Não é tanto a formação, que nós em termos de competências técnicas nos lá em baixo, nós não programamos, vamos começar agora, mas nós autonomamente não programamos os Bipap. Vamos começar agora a introduzir os dados, mas já mediante uma prescrição médica, (E15,P1,L66).</p>
	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>Às vezes não temos os tamanhos todos, mas agora ultimamente temos mais, temos lá praticamente os tamanhos todos. Mas a dificuldade maior inicialmente, era essa, era a falta de material (E1,P7,L93).</p> <p>Nós temos um Bipap no serviço e que às vezes utilizamos (E3,P1,L7).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>(...) no serviço nos conseguia-mos articular, sempre que temos falta de material neste sentido, porque as nossas máscaras são todas iguais a nível do hospital, contactamos os técnicos e eles vêm cá e colocam a máscara. (E4,P1,L21).</p> <p>Quando é a pedir um ventilador, os médicos fazem a requisição e nós contactamos, funciona sempre assim. (E4,P1,L24).</p> <p>A falta de equipamento, exatamente. (E6,P8,L231).</p> <p>(...) mais ou menos já temos ali aquele stock que vai colmatando, quando não conseguimos pelo menos também já sabemos os serviços a que havemos de pedir.(E6,P8,L236).</p> <p>Porque às vezes estávamos muito tempo à espera de uma máscara. (E6,P8,L251).</p> <p>Com uma série de ventiladores diferentes e nós não temos nossos, temos que estar constantemente a adaptar a coisas novas e métodos dos novos. (E7,P1,L17).</p> <p>E ter os materiais e perceber que uma máscara não está a funcionar, se quiser, saber que tenho outra para a poder trocar, (...) (E7,P7,L67)</p> <p>Quando não temos equipamentos propriamente ditos, as traqueias, as máscaras e quando não temos este apoio (E7,P8,L77).</p> <p>Outra coisa, não é não estar à vontade, mas só o fato de existirem só estas máscaras no hospital e aqui não é uma questão de estar à vontade ou não (E8,P4,L70).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>A falta de equipamento logo ali no imediato, eu sei que é um bocado complicado termos, mas para mim eu acho que realmente um fator dificultador. (E9,P8,L74).</p> <p>É completamente diferente uma pessoa precisar, tem ali o médico, tem ali o aparelho depois programa e o doente pode iniciar imediatamente.(E10,P7,L162).</p> <p>É assim, o tempo que se está à espera, enquanto o técnico traz e não traz, se puder estar a fazer logo ali, acho que é uma mais valia. (E10,P7,L166).</p> <p>É não ter-mos o material necessário, para tudo.(E10,P8,L184).</p> <p>(...) é ter realmente um aparelho disponível, porque nós não temos sempre o que queremos.(E11,P7,L78).</p> <p>(...) termos aquele Bipap e podemos vir a ter mais aparelhos daqueles, ser sempre o mesmo, também nos facilita a nós para irmos percebendo como é que funciona e se calhar até podermos começar a mexer mais(...)(E11,P7,L81).</p> <p>Porque dantes não tínhamos mesmo nada, tínhamos que pedir sempre que um doente precisava, pedir emprestado a outros serviços, (...) (E12,P4,L76).</p> <p>(...) a existência de material, também pronto se por exemplo partir uma peça sem querer, porque há peças que se partem, se eu tiver como substituir é melhor, é mais fácil (E12,P7,L115).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>(...) acho que a existência de material também facilita,(...)(E12,P7,L121).</p> <p>A inexistência ou a pouca quantidade de material (E12,P8,L126).</p> <p>Dificultadores a falta de material, (...) (E12,P8,L130).</p> <p>(...) tivemos que estar à espera que o Bipap viesse e aquelas coisas todas, porque no nosso serviço não..., agora já tem, mas não tínhamos Bipap logo disponível.(E14,P1,L23).</p> <p>(...) as próprias firmas também já nos prestam mais apoio e tudo no fornecimento dos Bipap até a própria formação.(E14,P7,L105).</p> <p>(...) Bipap que vamos ter no nosso serviço, são mais intuitivos, são máquinas que mais facilmente conseguimos (...) (E 14,P6,L98).</p> <p>(...) nós precisamos de um Bipap e ligarmos para todo o lado e não termos um Bipap (E14,P8,L110).</p> <p>(...) termos poucos equipamentos, às vezes quando são necessários, às vezes os serviços também têm poucos stocks de máscaras e material e às vezes quando precisamos por algum motivo trocar uma máscara, e não temos.(E14,P8,L112).</p> <p>Termos as máscaras, termos o material correto para o doente certo. (E15,P7,L152).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>(...) porque também às vezes não temos o material todo que deveríamos ter, as adaptações todas que é preciso para traqueia, e se falta alguma peça e as válvulas (E1,P2,L50).</p> <p>(...) o facto de muitas vezes, não termos disponível, logo ali à mão, o material que nós precisamos.(E1,P7,L87).</p> <p>Já montei e desmontei várias vezes o equipamento e não tenho tido dificuldades nas traqueia, (...) (E2,P1,L25).</p> <p>A nível do equipamento em...é montar as traqueias, montar a máscara, colocar a máscara pouco mais. (E2,P3,L47).</p> <p>O oxigénio e montar o circuito tinha-mos algumas duvidas. (E4,P4,L50).</p> <p>Depois temos que saber se ele está bem montado, se o doente está bem, se está a ventilar como deve de ser. (E5,P6,L88).</p> <p>Termos todas as coisas, termos tudo como temos no serviço. Termos todo o material necessário na hora para podermos utilizar no utente. (E5,P7,L99).</p> <p>Mas o montar os sistemas isso acaba por ser um bocado, não é inato. (E9,P3,L37).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>Mas eu acho que é das coisas que eu me sinto mais à vontade, programar, montar os circuitos. (E9,P3,L38).</p> <p>Os aparelhos em si apesar de serem muito diferentes mas acabam todos por ter um funcionamento fácil e aí nesse aspeto não há problema, do iniciar a ventilação. (E11,P3,L42).</p> <p>Portanto acho que quanto mais simples eles forem mais facilitador para nós.(E11,P8,L95).</p> <p>(...) também consigo montar, portanto, a traqueia e encaixar os vários módulos, peças até chegar à máscara do doente.(E12,P4,L69).</p> <p>Na montagem, na técnica, na aplicação da máscara, (...) (E15,P3,L113).</p> <p>(...) perceber quando a máquina começa a dar erros quer seja na montagem da linha, ter a certeza que os filtros estão bem colocados, o oxigénio está adaptado no sítio certo.(E15,P6,L138).</p> <p>(...) acaba por acontecer muitas coisas em simultâneo e o enfermeiro é só um, que se queira, quer não o enfermeiro é só um.(E6,P8,L258).</p> <p>Pronto depois há a outra parte do tempo, do acompanhamento mais do doente, que tem a ver com nosso número de doentes, depois dependendo dos turnos a pessoa tem mais ou menos disponibilidade. Eu acho que essa disponibilidade é importante (...) (E10,P7,L170).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>(...) termos o médico mais tempo no serviço, não é. Mas pronto para doentes da parte respiratória a gente precisava logo ali de uma pessoa mais no imediato, também era facilitador, se pudessem estar, se calhar é utópico. (E10,P8,L184).</p> <p>E é realmente o tempo, o grau de dependência dos doentes, se nós tivéssemos menos doentes, lá está tudo fluía de outra forma. (E10,P8,L188).</p> <p>(...) às vezes a pouca interação dos médicos com connosco,(E14,P8,L120).</p> <p>A pouca... se calhar a pouca interação entre as equipas, às vezes isso dificulta. (E14,P8,L125).</p> <p>Ser iniciado num turno em que os médicos lá estejam. Porque quando as coisas correm mal, eles não são de fácil acesso, (...) (E1,P7,L148).</p> <p>O saber escolher bem a máscara, de qualquer das formas ainda existem algumas limitações. (E1,P2,L43).</p> <p>Agora temos mais, mas de qualquer das formas, às vezes ainda é preciso adaptar um novo tipo de máscara. (E1,P7,L91).</p> <p>Eu na altura lembro-me que recorri, porque também tinha alguma dúvida se a máscara estaria adequada à estrutura da pessoa. Era uma pessoa com face grande, (...).(E2,P1,L16).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com os recursos</i></p>	<p>(...) ou se por vezes não tenha máscaras que não seja exatamente adequadas à estrutura facial da pessoa. Se eu desconhecer os materiais ou não souber como lidar com eles, ou se não forem exatamente os mais adequados à pessoa, às vezes é complicado. (E2,P8,L78).</p> <p>Embora haja vários tamanhos, mas as pessoas não são todas iguais e há pessoas que têm a cara mais magra, e às vezes acertar a máscara para que não haja fugas e fique correto. (E3,P2,L41).</p> <p>(...) só termos aquele modelo de máscara mas também mesmo que nós tivesse-mos as nasais nós também muitas vezes está contraindicado por o doente não colaborar ou isso.(E4,P8,L98).</p> <p>Depois nós temos sempre Stock de máscaras (...) (E4,P7,L94).</p> <p>Às vezes não é fácil o ajuste da máscara, por uma coisa, porque nós nem sempre temos disponível uma máscara do tamanho do doente. (E6,P5,L155).</p> <p>Agora não, já nós começamos a perceber, já chegamos a ser nós por iniciativa nossa a pedir a outros serviços uma máscara que achamos mais adequada para os doentes. (E6,P6,L165).</p> <p>Quem tem e de e um modo geral, já sabemos o que queremos entre aspas, já começamos a saber muito bem o que queremos e torna-se também mais fácil de pedir, até mesmo aquilo que eu falei à pouco, o tamanho da máscara. (E6,P8,L243).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
Estratégia para adaptação do doente à VNI	<i>Relacionado com os recursos</i>	<p>Agora aquela pode não ser a mais adequada, mas para uma primeira intervenção usa-se e depois a seguir então aí, tenta-se ajustar, quando passa aquela fase mais de urgência e emergência e depois ajusta-se pronto. (E6,P8,L252).</p> <p>(...) o tamanho da máscara também que é importante.(E12,P4,L71).</p> <p>(...) parece que experimentamos um tamanho de mascara, experimentamos outro e nada..., a pessoa não se sente confortável(...)(E14,P8,L117).</p> <p>(...) na escolha até da máscara começo a sentir-me cada vez mais confortável na escolha do tamanho certo, na adaptação, no aperto,(...)(E15,P3,L113).</p>
	<i>Relacionado com o doente</i>	<p>Desde o cuidado a colocar o oxigénio, a forma correta de colocar a máscara, porque a máscara tem de ser bem colocada para que o doente esteja a fazer a ventilação correta, depois o cuidado com o próprio doente, explicar-lhe. (E3,P3,L36).</p> <p>A forma como se coloca a máscara, tem que estar bem colocada. (E3,P6,L120).</p> <p>Na colocação da máscara, também já começo a ter algum à vontade, a ligação. (E6,P3,L77).</p> <p>(...) a colocação da máscara. É assim se o doente colaborar, é fácil. Quando eles não colaboram, tenho sempre que pedir ajuda a um auxiliar, para me ajudar a pôr a máscara. (E8,P2,L52).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Às vezes até basta ser só uma adaptação da máscara ou tentar perceber que outro problema é, que o doente tem para que ele fique então adaptado. (E11,P5,L57).</p> <p>(...) o cuidado da forma como se coloca a máscara e aquele aparato todo com o doente tem para fazer este tipo de ventilação.(E12,P1,L22).</p> <p>(...) pessoas ou não colocam bem a máscara e depois não fica ajustada e sai fugas de ar e depois não fica, e depois puxam mais para apertar e aquilo não tem de estar quase a cortar o nariz,(...)(E12,P1,L28).</p> <p>Também consigo verificar se está bem ajustado e mais ou menos a pressão que deve existir na adaptação ao rosto da pessoa, (...)(E12,P4,L70).</p> <p>(...) atenção à pressão que é exercida na máscara, portanto o ajuste do capacete com a máscara, acho que isso é importante e ter cuidado com as fugas de ar.(E12,P6,L102).</p> <p>É complicado nos doentes entubados com sonda nasogástrica porque a sonda tem que sair por algum sítio e isso também permite que haja ali também alguma fuga (...) (E12,P7,L103).</p> <p>(...) as máscaras também são mais fáceis de adaptar... que já não é preciso..., por exemplo há algumas que dantes era preciso um filtro, agora a própria máscaras já está toda incorporada, acho que essas situações são mais facilitadoras (E14,P7,L100).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Como é o caso por exemplo: um ventilador que já venha do domicílio, o doente já tem a máscara adaptada si, e ai já é mais fácil. (E1,P2,L44).</p> <p>Porque há adaptações que são muito difíceis nos doentes, aí noto que realmente essas dificuldades ainda surgem. (E1,P2,L48).</p> <p>No fundo que o doente se adapte bem à sua nova situação. Eu penso que esta será a parte que eu me sinta mais à vontade. (E1,P3,L58).</p> <p>(...) e depois no decorrer desse tempo que o doente está com o Bipap, saber ver se está tudo bem adaptado.(E1,P3,L55).</p> <p>(...) facilita muito de facto o doente não estar já numa fase mais avançada. Se ele já evidencia uma grande dificuldade respiratória é mais difícil a adaptação do doente à VNI. (E1,P7,L100).</p> <p>(...) encontrar um doente com maior dificuldade respiratória, torna-se mais difícil que ele se adapte melhor à VNI.(E1,P8,L106).</p> <p>O facto do doente, trabalhando eu num serviço de medicina, muitas vezes está desorientado, sendo mais difícil que ele se adapte. (E1,P8,L109).</p> <p>Também depende muito como a pessoa se está a adaptar à situação. (E2,P2,L32).</p> <p>O mais à vontade é mesmo o posicionar o doente, adaptar a máscara, a posição e o sítio correto. (E4,P2,L39).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>(...) porque nós habitualmente o que fazemos é só conectar a pessoa e desconectar a pessoa do equipamento e pouco mais. (E2,P3,L46).</p> <p>Uma situação de uma primeira colocação, de uma primeira vez, muitas vezes é a adaptação, é a pessoa habituar-se, é fazer os ensinamentos respiratórios e tudo mais. (E2,P4,L52).</p> <p>(...) há fugas e depois temos dificuldade em pô-la corretamente. Depois às vezes também tenho uma certa dúvida e dificuldade, em colocar a máscara adequada à face do doente, para se adaptar. (E3,P2,L41).</p> <p>Depois às vezes o cuidado para não ficar a magoar, não ficar extremamente apertado. Tem que haver bom senso, para que a máscara fique bem adaptada, para não haver fugas. (E3,P2,L47).</p> <p>A maior parte das vezes, os doentes não conseguem fazer uma boa ventilação não invasiva, pela falta de adesão. Por não estarem calmos, não estarem tranquilos. Para poderem fazê-lo como deve de ser. (E3,P7,L139).</p> <p>(...) e os aparelhos começaram a ficar, eu acho que melhores, as máscaras estão muito melhores, os próprios adaptadores, aquelas fitazinhas com velcro estão melhores. (E5,P1,L11).</p> <p>Mas as vezes basta olhar para o doente e pensar sobre o porquê da ventilação não estar a resultar. (E4,P5,L68).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Tem que haver bom senso, para que a máscara fique bem adaptada, para não haver fugas. (E3,P2,L48).</p> <p>Tem que haver bom senso, para que a máscara fique bem adaptada, para não haver fugas. (E3,P2,L48).</p> <p>(...) adesão vai ser mínima, se calhar e depois por mais que a máscara esteja bem colocada e tu avalias bem a parte respiratória, não vai resultar. O doente não vai conseguir fazer. (E3,P5,L108).</p> <p>Geralmente a atitude é OK, está a apitar algo não está bem, vamos fazer tudo outra vez. Eu por norma faço isso, volto a repetir os passos. (E6,P1,L53).</p> <p>(...) ao adaptar-lhe a máscara continua a ser a grande dificuldade, pela situação de agitação, ansiedade do doente.(E7,P1,L24).</p> <p>(...) associo ao Bipap ou o doente está compensado e consigo olhar para ele e penso, bem acho que vamos conseguir, ele vai tolerar, se tirar não lhe faz tanto mal. (E8,P1,L24).</p> <p>Podemos intervir o mais depressa possível, para não deixarmos avançar essa situação. Acho que isso, são fatores facilitadores para o doente também tolerar. (E8,P7,L98).</p> <p>Quanto mais cedo iniciar a técnica de ventilação não invasiva, acho que é facilitador também para mim e para o doente. Acho que sim, o não arrastar muito a situação. (E8,P7,L99).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Eu acho que são distintas e estas duas situações são mais facilitadoras ou menor consoante experiência do doente também nesta situação. (E10,P1,L13).</p> <p>Ou porque algumas máscaras também não se adaptam e alguns aparelhos que as pessoas trazem de casa e alguns já não vêm muito bem, já vêm muito modificados e eles às vezes já têm algumas técnicas para mexer, com eles e aquilo as vezes não funciona. (E10,P4,L93).</p> <p>Às vezes há tantos fatores que influenciam esta não adaptação (...) (E11,P2,L30).</p> <p>(...) ventilação não invasiva, acho que é muito difícil para nós, pelo menos para mim, se o doente estiver cheio de secreções,(...) (E12,P1,L10).</p> <p>(...)a dificuldade que muitas vezes os doentes têm em se adaptar a esta técnica,(...)(E13,P1,L8).</p> <p>(...) a ventilação pela primeira vez, nomeadamente a adaptação do doente, às vezes é uma fase que eu acho muito difícil.(E13,P1,L10).</p> <p>(...) é uma pessoa se adaptou bem ao ventilador não é, precisa de estar continuamente, não precisa, é a primeira vez está a fazer isto, não já fazia em casa, é uma pessoa lida bem com isto que até já tira e põe a máscara(...)(E13,P1,L131).</p> <p>(...) normalmente é um aparelho que as pessoas demoram a adaptar e depois o estar a adaptar a máscara.(E14,P2,L46).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Nós é que adaptamos a máscara, tentamos que o doente esteja mais confortável possível com o aparelho e tentamos explicar. (E14,P2,L52).</p> <p>(...) é sempre complicado aquele processo inicial de toda a adaptação(E14,P2,L55).</p> <p>(...) adaptação da máscara, quer seja por tamanho incorreto da mascara, quer seja por alguma característica física fisionômica particular, as mascaras não estão bem adaptadas e num momento de crise, às vezes as tiras vão se apertando(...)(E15,P1,L44).</p> <p>(...) basta tirar os dentes para máscara depois já não se adaptar tão bem.(E15,P1,L50).</p> <p>(...) fazia Bipap no domicílio, desde que foi internado ele tem recusado o Bipap e não o tolera, (...)(E15,P1,L58).</p> <p>O senhor é orientado, é independente e eu não posso obrigar ninguém. (E15,P1,L63).</p> <p>(...) gerir o doente que esteja mal adaptado, que esteja mal adaptado ao Bipap ou que esteja ali a lutar contra o Bipap.(E15,P4,L120).</p> <p>(...) doente não está bem adaptado, era importante, além dos sinais visíveis que nós fazemos da nossa observação, o doente precisava mais vezes que fazer uma gasometria, numa primeira numa primeira fase, em que ele se está a adaptar a um ventilador. (E1,P5,L72).</p> <p>Por isso as experiências que eu tenho com os Bipap ou os doentes estão compensados a todo o nível e fazem-no só durante a noite, só para se sentirem melhor, ou se estão descompensados e ansiosos eles não conseguem tolerar (E8,P1,L20).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Depois a parte das gasometrias nós não fazemos dia a dia no serviço. Por isso é um aspeto que para nós está mais à parte, os valores propriamente da gasometria. (E4,P3,L37).</p> <p>Sinto-me mais à vontade nos aspetos de identificação de sinais de alarme. Começa logo por aí. Aqueles pequenos sinais que a gente às vezes nota e que se vê que aquele doente aparentemente está bem, mas se calhar há ali alguma coisa a nível respiratório. (E6,P3,L70).</p> <p>É importante, quando observamos e avaliamos e conseguir perceber se doente está bem, se não está. Intervir logo de imediato, avisar um médico. (E8,P7,L96).</p> <p>Se bem que acho que deveria haver no serviço medicina, é um bocado complicado uma vigilância mais apertada. O serviço é grande e às vezes temos um doente na ponta no início dos quartos iniciais e acaba por ser um bocadinho complicado, mas acho que realmente deveria de haver uma estratégia um bocadinho diferente para restes doentes, um controle diferente. Se calhar não é possível assim, uma unidade intermédia em cada serviço. Eu acho que sim, porque numa noite temos 20 doentes se tivermos dois ou três doentes a fazer Bipap em cada quarto acaba por ser uma vigilância um bocadinho mais complicada. Tentamos sempre claro vigiar e ter uma vigilância desses doentes. (E9,P2,L26).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Estarmos bem cientes da evolução de cada patologia e de cada doente. Porque as patologias diferem de doente para doente e termos realmente consciência do que pode evoluir. (E9,P7,L68).</p> <p>Porque é uma pessoa e temos que valia-lo globalmente, não só a parte respiratória, temos que o avaliar globalmente. (E10,P6,L124).</p> <p>(...) posso ter noção do sinal ou sintomas, mas não consigo justifica-lo, não consigo saber de onde é que ele vem. (E15,P1,L91).</p> <p>Isso é o que me sinto mais à vontade, os ensinamentos que são feitos ao doente, os posicionamentos, algumas vantagens e desvantagens. (E1,P3,L56).</p> <p>Por exemplo faltas de conhecimentos por ele próprio, e os ensinamentos que nos possamos fazer. Porque é importante, além dos nossos, que o doente também saiba para poder aceitar melhor a sua nova situação.(E1,P6,L85).</p> <p>Porquê muitas vezes as pessoas não percebem o porquê da situação, e não é fácil mesmo explicando, obter a sua colaboração. Mesmo explicando à pessoa do que é que se trata, explicando como é que as coisas funcionam, muitas vezes não é fácil a sua colaboração do doente. (E2,P1,L6).</p> <p>Estava ansiosa e não estava muito bem a perceber o que é que se estava a passar. Mesmo com os ensinamentos, mesmo com a explicação. (E2,P1,L23)</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>(...) na comunicação, a forma e a tentativa de diminuir a ansiedade. Tentar conversar com a pessoa, fazer algum ensino e tentar despende algum tempo, tentar estabelecer uma relação empática, uma relação de ajuda e tentar com que corra tudo bem. (E2,P5,L67).</p> <p>Eu acho que também é muito importante explicar ao doente no sentido da sua colaboração, porque eu acho que é um tratamento um pouco invasivo, no sentido, do doente ter uma máscara colocada na face e que estás a fazer uma certa pressão. (E3,P5,L92).</p> <p>Eu acho que é muito importante a preparação do doente, preparar o doente para o que se vai passar a seguir, saber preparar o doente eu acho que é muito importante. (E3,P5,L99).</p> <p>Mas a preparação do doente é muito importante, porque disso tudo vai depender depois todo o tratamento e adesão dele aquele tipo de ventilação não invasiva. Eu acho que é muito importante estarmos despertos para isso, não descurarmos isso, e apoiá-lo. (E3,P5,L102).</p> <p>Pelo menos eu acho, que é um fator fundamental a adesão do doente à ventilação não invasiva, depende da forma como a gente o prepara para isso, explicação, ele sentir-se acompanhado. (E3,P5,L113).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Mas se doente não estiver bem trabalhado no sentido do que se vai passar, vai ser muito difícil a sua adesão. Vai ser muito difícil a sua adesão, vai ser muito difícil fazer uma boa ventilação não invasiva, se o doente não estiver bem preparado. Porque ele vai ficar agitado, ele vai ficar assustado, ansioso com aquilo. (E3,P7,L132).</p> <p>Porque não é fácil ter uma coisa na cara, a mandar o oxigénio e acho que se o doente não estiver bem preparado vai ser muito difícil. (E3,P7,L136).</p> <p>Eu acho que é uma das coisas facilitadoras ou dificultadoras, neste caso, pode ser dificultador a não preparação do doente. (E3,P7,L141).</p> <p>O mais difícil é quando temos de preparar uma pessoa para a primeira vez que vai utilizar a VNI. (E4,P2,L27).</p> <p>E aí com muito cuidado devemos explicar, desmistificar porque muitos deles ficam com a sensação de claustrofobia por causa de ter máscara. Pronto desmistificar e se for segura e com confiança o doente em princípio corre bem e tento sempre transmitir isso aos doentes. (E4,P2,L28).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Quer dizer se o doente, primeiro tenho que começar por explicar o que é que lhe vou fazer, porque não é fácil estar a por uma mascara na pessoa, não é. A pessoa vai sentir que aquela mascara, se não lhe explicarmos ela não vai entender, não é fácil sentir que é uma máquina que vai respirar por nós. Temos que lhe explicar para ficar mais calma e nem todos os nossos doentes, (...) (E5,P2,L25).</p> <p>Por muito que se fale devagar, calmamente a dizer que é para seu bem, tem que ser assim, porque só assim é que vai conseguir, é um tratamento vai facilitar, é facilitador para si, a pessoa não entende. Se for uma pessoa de mais idade, não entende, para ela estão a sufocá-la. (E5,P2,L34).</p> <p>Estar a explicar à família, que o aparelho é necessário para a quele familiar, também não é fácil. Depois a família ainda complica mais, porque em vez de nos ajudar a tranquilizar o seu paciente é ao contrário, muitas vezes até querem é que a gente tire. Então é em vez de estar a ajudar o paciente, é ajudar o paciente e o familiar, o que é muito complicado. (E5,P2,L43).</p> <p>Na colocação em fase aguda tem que se explicar. Primeiro explica o médico e nos temos que explicar o porquê da situação e como é que tem que ser feito, como é que tem que se usar e pronto e eles depois têm que fazer a adaptação. (E5,P2,L57).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Então nem sempre é fácil, explicar-lhes a importância e porque eles só no notam melhorias, geralmente ao fim de algum tempo, porque não é uma coisa que tenha uma melhoria imediata e ainda por cima é uma coisa que causa desconforto. (E6,P1,L24).</p> <p>Mas não é fácil explicar-lhes a razão de que eles precisam daquilo. (E6,P1,L39).</p> <p>A dificuldade em explicar aos doentes às vezes também não é fácil. (E6,P4,L102).</p> <p>Lá está, eles não percebem a importância muitas vezes daquela máquina e que aquele desconforto afinal até é importante para eles a seguir se sentirem melhor. (E6,P4,L109).</p> <p>Acho que é o primeiro passo, um doente que perceber que aquele tipo de técnica, achamos-lhe assim, que é importante para ele, que vai melhorar com ele. A aceitação daquele procedimento eu acho que é logo meio caminho andado para que corra bem aquele tratamento. (E6,P7,L195).</p> <p>Porque eu acho que a dificuldade da VNI é ajudar o doente a perceber que aquela máscara é importante para ele e eles têm a tendência de não querer, de tirar.(E7,P1,L12).</p> <p>O manusear do equipamento e explicar ao doente porque é que é preciso. Porque é que ele precisa e os benefícios do tratamento no fundo é um tratamento, esses são os aspetos em que estou mais à vontade. (E7,P3,L38).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Porque o doente tem de perceber porque é que tem de fazer aquilo.(E7,P6,L56).</p> <p>Se nós não conseguimos transmitir corretamente a informação ao doente e fazê-lo perceber que ao fim de uns minutos, uma hora ele vai melhorar com esta ventilação, não vamos ganhar a confiança do doente e ele não vai aderir ao tratamento e vai continuar ansioso e vai agravar a situação.(E7,P6,L60).</p> <p>Para eles depois perceberem, porque apesar de lhe ter sido explicado e tudo, ele não conseguiu perceber o benefício, nunca sentiu o benefício. Eles acham que aquilo lhes faz mal. (E8,P8,L28).</p> <p>A parte técnica às vezes especialmente se forem situações mais de crise, não devia ser mas a parte de explicar ao doente, acaba por ser uma coisa mais rápida (...)(E9,P3,L39).</p> <p>Mas acho que esta primeira, eu acho, para desmistificar um bocadinho, porque há pessoas que nunca virão. Depois quando realmente é para preparar o material e ir explicando também como é que as coisas funcionam e depois também é o acompanhamento naquela fase,(...)(E10,P1,L36).</p> <p>Acho que o sucesso do doente tolerar ou não a ventilação, acho que tem muito a ver com o transmitir duma certa calma e da pessoa também perceber que é uma situação necessária, para a pessoa ficar bem, eu acho. (E10,P1,L51).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Acho que a expressão, a postura, a linguagem não-verbal. Não é preciso também uma pessoa dizer muita coisa ou ter uma má resposta, ou uma má..., acho que não é preciso, até a forma como uma pessoa se chega ao doente, como o aborda, acho que a pessoa percebe logo e até o acalma. (E10,P2,L70).</p> <p>(...) para tentar convencê-lo de que ele precisa mesmo de fazer este tipo de ventilação.(E11,P2,L27).</p> <p>(...) se a pessoa não está consciente dos seus atos, também não há muito como explicar(...)(E13,P1,L19).</p> <p>Eles já estão aflitos deles e nós ainda estarmos ali a tentar que eles percebam que aquilo possa ser bom(...)(E14,P1,L13).</p> <p>(...)estar familiarizadas com aquilo e tentar explicar ao doente, aquela primeira necessidade de estar com uma máscara, às vezes torna-se um bocado complicado,(...)(E14,P1,L20).</p> <p>(...) o próprio doente não estar tão familiarizado também um fator que dificulta o fato da pessoa estar ali a sentir-se quase sufocado(...)(E14,P8,L115).</p> <p>(...) como é que o levamos a perceber que ele ainda precisa ou não da máscara, do Bipap.(E15,P1,L65).</p> <p>Eu acho que a falta de informação é o que se torna mais difícil nestas situações. (E15,P8,L172)</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Às vezes para posicionar os doentes sobretudo durante a noite, não é muito muito fácil. Pois as pessoas preferem um bom bocado de desconforto e ficam um bocado marcadas e tudo mais. (E2,P2,L34).</p> <p>É com o doente, os posicionamentos mais adequados depois explicar-lhe. (E4,P2,L37).</p> <p>(...) posicionamento dos doentes para ser corretamente a maior parte das nossas camas são elétricas o que também nos ajuda muito a posicionar a pessoa corretamente e pronto quando é daquelas camas mais antigas dificulta um bocadinho para o sentar e pessoa ficar bem. (E4,P8,L103).</p> <p>(...) os posicionamentos laterais tornam-se mais dificultados com uma pessoa com este tipo de ventilação não invasiva,(...) (E12,P2,L41)</p> <p>(...) uma pessoa que precise mesmo dos posicionamentos é complicado.(E12,P2,L44).</p> <p>(...) se eu for uma pessoa que preciso mesmo dos posicionamentos de x em x horas é complicado.(E12,P2,L48).Na altura é uma coisa que se faz, que se explica à pessoa, a pessoa diz que sim ou diz que não, o porquê, o como não(...)(E15,P2,L98).</p> <p>Porque habitualmente nós temos alguns doentes que já fazem VNI em casa e não há não há qualquer tipo de problema. (E2,P4,L51).</p> <p>Ou a pessoa já faz algum tempo e quando chega aqui, e é preciso colocar e já esta habituada. (E3,P5,L97).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Os que trazem de casa já estão perfeitamente adaptados, aqueles que iniciam no internamento, regra geral vem sempre um técnico entregar. Calma e serena para transmitir essa postura aos doentes. (E4,P2,L32).</p> <p>Se eles perceberem é fácil de lidar com eles, eles até entendem, eles até respondem e eles sentem-se melhores. (E5,P3,L49).</p> <p>(...) aqueles que já estão habituados do domicílio é mais fácil. Esse já estão habituados acabam por aceitar muito bem o aparelho, já são autónomos, muitos deles poem e tiram à vontade deles e pronto. Aí torna-se mais fácil.(E6,P1,L27).</p> <p>Os que já fazem em casa, lá está, já são doentes que já estão habituados, já aceitam o melhor.(E6,P4,L112).</p> <p>(...) se sentem muito bem com o Bipap. Mas estes já são doentes que já fazem há muito tempo.(E6,P4,L116).</p> <p>Acho que facilita muito se o doente já estiver habituado aquele tipo de ventilação, muito, muito, muito.(E6,P7;L194).</p> <p>Até já temos muitas situações em que o próprio doente trás o seu ventilador de casa e ele próprio nos ajuda e explica como é que ele se sente mais a vontade, sendo que tem que cumprir e tem de fazer o tempo necessário. Mas ele próprio, já é autónomo, já a muitos doentes destes.(E7,P1,L21).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>As pessoas que o fazem em casa, excelente, já estão adaptadas. Trazem o seu BiPAP ou CiPAP, é ótimo.(E8,P2,L44).</p> <p>Uma coisa é uma pessoa que já tem os esclarecimentos e já tem uma prática e que já diz que é mais assim ou mais assado e eles mesmo é que nos dizem como é que costumam fazer.(E10,P1,L10).</p> <p>As pessoas que veem de casa já são mais autónomos e acho que não há grande dificuldade (...) (E10,P6,L131).</p> <p>Se o doente for colaborante dê continuidade dos cuidados, penso que aí também não há... (E11,P3,L43).</p> <p>(...) o doente é colaborante, é mais fácil em tudo. Muitas das vezes são eles próprios que poem a máscara e tirão. (E12,P2,L35).</p> <p>(...) muitas vezes temos doentes que já faziam isto em casa e só fazem à noite e tal e aí mais ou menos a coisa funciona bem.(E13,P1,L9).</p> <p>(...) Porque eles próprios às vezes até manuseiam as próprias máquinas e até percebem... como há vários tipos de equipamentos, até perceber melhor que nós, do próprio equipamento deles.(E14,P1,L5).</p> <p>(...) eles quase que são autónomos para o fazer e nós também não interferimos grande coisa, eles já estão mais habituados, pronto é uma situação normal.(E14,P1,L42)</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>(...) nunca tinha feito Bipap, lembro-me da dificuldade assim que ele começou a despertar da reação que eles têm com o Bipap. Geralmente não é uma coisa que eles aceitem bem, é desconfortável. (E6,P1,L19).</p> <p>(...) respeita-se a vontade do doente que às vezes até está orientado e não quero fazer ou não se respeita porque sabe-se que não fazendo terá algumas consequências na saúde dele e que mesmo orientador eles às vezes não percebem. (E6,P4,L106).</p> <p>A aceitação do doente nestes doentes nunca é muito fácil. (E6,P4,L112).</p> <p>Para mim o facilitador é mesmo esta aceitação do doente, porque tudo o resto, o colocar do aparelho, os conhecimentos, essas lacunas acabam por se ultrapassar de uma forma ou outra.(E6,P7,L204).</p> <p>Depois é mesmo a colaboração do doente acho que isso é o fator mais facilitador é o doente colaborar, a aceitação do doente. (E11,P7,L86).</p> <p>Os dificultadores é para além da não aceitação, da inadaptação do doente,(...)(E11,P8,L89).</p> <p>(...) seja muito muito difícil para ele, a aceitação. E depois o aprender a respirar com máquina, porque para que depois aquilo seja eficaz (...) (E15,P1,L37).</p> <p>(...) a ansiedade do doente. É realmente isso que me deixa mais desconfortável, do que lidar com o equipamento em si. (E2,P3,L42).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Para mim é o mais difícil, é saber lidar com a pessoa e com a ansiedade da pessoa relativamente a uma coisa que não é natural.(E2,P4,L54).</p> <p>(...) depois o próprio aparelho começava a apitar a pessoa ficava ansiosa e não conseguia controlar a ansiedade da pessoa. (E5,P1,L6).</p> <p>Porque começam a ficar muito mais ansiosas e nem sempre é fácil. (E5,P2,L40).</p> <p>(...) está muito ansioso ter uma máscara que pressiona, que delimita a capacidade inspiratória e que ele quer é sentir o ar. (E7,P6,L57).</p> <p>Se não estiver compensado, também a nível de ansiedade e até mesmo a nível respiratório, ajuda, mas provavelmente há outros métodos anteriores ou outras etapas que têm que ser cumpridas. (E8,P1,L26).</p> <p>Temos que ver saturações, temos que olhar para o doente e ver como é que ele está a reagir se está ansioso, se não está ansioso.(E9,P6,L58).</p> <p>Eu acho que é importante o nosso trabalho logo nessa primeira fase, ao longo do tempo depois as pessoas são todas diferentes, há pessoas mais ansiosas, menos.(E10,P1,L33).</p> <p>Porque realmente são pessoas que... as pessoas com este tipo...com este tipo de patologia, já são pessoas muito ansiosas. (E10,P2,L62).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Ainda para mais uma pessoa ansiosa isso tudo é transmitido e pronto é ...eu percebo seja mau. (E10,P2,L74).</p> <p>Eu acho que também há famílias que quase ficam mais ansiosos do que os doentes (...) (E10,P6,L148).</p> <p>As pessoas estão doentes e precisam sempre de... e estas pessoas normalmente com patologias cardíacas associadas, e são pessoas muito ansiosas e precisam de conversar. (E10,P7,L178).</p> <p>A ansiedade logo do doente de estar ouvir a conversa do médico connosco a dizer que iria ficar iniciar ventilação não invasiva.(E14,P1,L25).</p> <p>Aquela ansiedade da gente estar-lhe a explicar e ele muito coiso a olhar para nós, muito espantado e nós não querendo, ele estava a ficar muito ansiosos,...)(E14,P1,L30).</p> <p>(...) não conseguimos adaptar lá..., por causa do grau de ansiedade dele, ele estava muito ansioso, tivemos que acabar por levar para os diretos, porque ele não se adaptou à máscara.(E14,P1,L32).</p> <p>(...) doente muito consciente, se for um doente ansioso, isto torna-se muito problemático e é muito difícil acalmar(...)(E15,P1,L24).</p> <p>A ansiedade dos doentes, a falta de informação dos doentes. Porque a ansiedade deles muitas vezes, é não saberem o que é que estão a fazer. (E15,P8,L164).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Depois os familiares, os familiares são muito ansiosos e têm a mesma falta de informação, torna-se muito difícil fazer com que os familiares cooperem de modo a fazer em cooperar o doente e todos os envolvidos. (E15,P8,L170).</p> <p>(...) nesses doentes que estão desorientados e agitados, muitas das vezes.(E1,P7,L96).</p> <p>(...) os doentes muitos agitados nada colaborantes, é que é muito mais difícil colocar e adaptar as máscaras nos doentes neste tipo de ventilação. (E3,P1,L11).</p> <p>E depois há doentes que naquele dia não dá para fazer, porque às vezes estão muito agitados e se não fizerem medicação não dá mesmo ... tentamos acalma-lo mas não dá mesmo. (E4,P5,L71).</p> <p>Lembro de uma pessoa realmente muito agitada (...) (E5,P1,16).</p> <p>(...) porque estamos numa medicina têm essa perceção e se houver uma agitação,(...)(E5,P2,L29).</p> <p>Eu acho que é mesmo a agitação deles, a agitação, a ansiedade e não se conseguir e termos que o imobilizar e não conseguirmos controlar e muitas vezes termos de pedir a ajuda do médico para de se sedar o doente para ele para se poder por o aparelho e poder recuperar (E5,P8,L104).</p> <p>(...) ficam mais agitado e a máscara entretanto descaiu, (...) (E6,P2,L57).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>(...) começam a ficar agitados, começam a ficar desorientados.(E6,P6,L200).</p> <p>(...) que estão agitados e depois arrancam tiram tudo e tudo se torna mais difícil.(E12,P1,L9).</p> <p>(...) doente desorientado e agitado é muito complicado, muito complicado, (...) (E12,P2,L36).</p> <p>(...) doente que esteja muito dispneico ou que esteja muito agitado, ou que esteja a contrariar, (...) (E15,P1,L13).</p> <p>(...) é muito difícil acalmar um doente o suficiente(...)(E15,P1,L16).</p> <p>(...) iniciamos, ainda por cima estando associada a alterações de estados de consciência, geralmente são doentes confusos, obnubilados. (E6,P1,L30).</p> <p>O Bipap não, ainda para mais se se sentem desconfortáveis e <i>“que melhoria é que isto me traz se eu estou desconfortável”</i>, é uma das perguntas que eu às vezes me lembro de surgir, mesmo no meio da desorientação. Porque esta parte eles acabam por perceber. Também nos culpam, <i>“você é que me pôs isto”</i> , <i>“a culpa é sua”</i> ,”<i>eu não sinto nada bem como isto”</i>.) (E6,P1,L41)</p> <p>A identificação da sonolência, desorientações que às vezes surgem subitamente e o doente até tem umas saturações muito boas, mas nota-se que há ali qualquer coisa que já não corre bem.(E6,P3,L73).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Às vezes acaba por levar a que tenhamos que os imobilizar, depois a imobilização acaba por levar que eles se já estão desorientados mais desorientados ficam. (E6,P4,L103).</p> <p>(...) depende da orientação ou não do doente se uma pessoa desorientada é muito mais complicado ou pessoas que têm períodos de desorientação e depois mandam tudo para o chão.(E10,P6,L133).</p> <p>(...) cada vez mais usam e também usam em doentes desorientados, doentes que não colaboração,(...) (E12,P1,L8).</p> <p>(...) os doentes desorientado, cheios de secreções, é complicado estar a pôr e a tirar a máscara.(E12,P3,L62).</p> <p>(...) doente desorientado, mais difícil é, mas desde que o doente esteja calmo muitas vezes eles fazem não se apercebem daquilo que está a passar e sem querer, sem ser essa a intenção deles, eles tendem a colaborar e não contrariar os Bipap.(E15,P1,L21).</p> <p>Se for um doente muito desorientado, porque já temos tido pessoas quer estejam com o síndrome de abstinência, (...)(E15,P7,L153).</p> <p>E é impossível racionalizar um doente destes, eles não param para pensar.(E15,P7,L158).</p> <p>Se estão orientados ficam revoltados connosco, e há sempre uma certa dificuldade no agir ou não agir. (E6,P4,L105)</p> <p>(...) a primeira coisa que eles rejeitam é o Bipap.(E6,P5,L120)</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Quando eles não aceitam, é muito mais complicado, porque depois acabam por brigar com o Bipap, estão constantemente a tentar retirá-lo depois nem há melhorias nem deixa de haver. (E6,P7,L198).</p> <p>Agora se o doente não aceita, não é fácil contornar esta situação. (E6,P7,L209).</p> <p>Está implícito, se um doente não aceita as coisas tornam-se muito complicadas.(E6,P8,L221).</p> <p>(...) que ele acaba por rejeitar um pouco, mas o senhor entretanto teve alta e no internamento que veio novamente, já trazia então a máscara nasal.(E11,P1,L9).</p> <p>(...), quando se inicia cá no hospital noto que é sempre um bocadinho mais dificultador, eles acabam às vezes até rejeitar.(E11,P1,L16).</p> <p>Realmente consegui, que ele fez Bipap da meia-noite às 5 da manhã, mas com muita renitência. E8,P1,L12).</p> <p>Acho que o doente é renitente à utilização do Bipap, mais pelas máscaras, pelo desconforto da máscara, (...) (E8,P2,L47).</p> <p>(...) ou está muito renitente, para mim é o fator mais dificultador nestas situações.(E8,P8,L103).</p> <p>(...) uma pessoa ou fazer com que uma pessoa que estás muito renitente à ventilação não invasiva, fazer com que essa pessoa colabore.(E15,P1,L25).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para adaptação do doente à VNI</p>	<p><i>Relacionado com o doente</i></p>	<p>Acho que é stressante para a pessoa, mais antes quase se for uma pessoa consciente e orientada. (E10,P1,L17).</p> <p>(...) sentem que é uma coisa desconfortável e aí pronto aí não gostam. (E10,P1,L24).</p> <p>A pessoa às vezes pode expressar um desconforto, quando são situações em que o doente está mal adaptado. (E15,P1,L104).</p> <p>(...) é desconfortável, a verdade é essa, a pessoa dormir com uma máscara e com um aparelho adaptado, que faz barulho, e que faz com que não se sintam tão confortáveis, é a grande questão. (E2,P4,L54).</p>

**ANEXO 6- ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE -
ESTRATÉGIAS PARA A MANUTENÇÃO DOS CUIDADOS**

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
Estratégia para a manutenção dos cuidados	<i>Protocolos de intervenção</i>	Agora até temos ali um protocolo, que temos no serviço. (E5,P6,L85).
	<i>Vigilância/Acompanhamento</i>	<p>Por exemplo sinais, mas eu qualquer das formas já tinha alguma ideia, que evidenciam que realmente o doente não está bem adaptado. (E1,P5,L69).</p> <p>(...) as avaliações de coisas físicas, avaliações de sinais vitais, a consulta do processo e a avaliação dos próprios resultados das gasometrias. (E2,P3,L38).</p> <p>(...) ir vigiando o doente para ter a certeza que em termos dos sinais de dificuldade respiratória, para ter a certeza de que está a ventilar corretamente. (E3,P2,L59).</p> <p>(...) vigiando o doente, para ver se está a fazer corretamente e vigiar os sinais de dificuldade respiratória, por exemplo e ir avaliando a saturação do oxigénio, avaliando parâmetros. Porque eu acho que, o papel do enfermeiro não é só ligar a máquina colocar a máscara e ir embora. Depois a manutenção e a vigilância é muito importante e as vezes descuida-se um bocadinho. (E3,P3,L79).</p> <p>Porque o doente que necessita de fazer este tipo de tratamento é porque necessita muito em termos de ventilação e de administração de oxigénio, fazer as coisas corretamente. Acho que a nossa responsabilidade e o cuidado tem que ser redobrado. (E3,P4,L76).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para a manutenção dos cuidados</p>	<p><i>Vigilância/ Acompanhamento</i></p>	<p>O conhecer o doente, acho que é importante acompanhar o doente, também dominar- mos, lá está, esta nossa capacidade de avaliar. (E8,P7,L94).</p> <p>(...) avaliar se está a ser benéfico para o doente ou não. A vigilância e contactar médico, porque as saturações não estão a reverter, será que é necessário oxigénio ou não. A avaliação e a monitorização, acho que sim e o colocar da máscara e isso tudo. (E8,P8,L58).</p> <p>(...) porque no sentido em que doentes precisam de muito acompanhamento, principalmente a nível psicológico e essencialmente uma pessoa que está a iniciar uma ventilação não invasiva.(E10,P1,L6).</p> <p>Uma pessoa que vem de casa, como já disse, já tem experiência, já sabe como é, como é que costuma de fazer, embora seja preciso um acompanhamento nosso não é tão intenso como uma pessoa que está a iniciar naquele momento. (E10,P1,L15).</p> <p>Mas as pessoas orientadas e antes de tudo isto, têm esta perceção da situação, que a coisa não..., “o que é que se passa e para eu ir fazer uma coisa destas é porque a minha situação não é muito boa” e acho que o nosso acompanhamento vai muito primeiro por aí. (E10,P1,L26).</p> <p>Depois temos que também adaptar consoante a pessoa, umas precisam de mais acompanhamento, outros de menos. (E10,P1,L35).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para a manutenção dos cuidados</p>	<p><i>Vigilância/ Acompanhamento</i></p>	<p>Eu acho, que pronto é importante este acompanhamento do enfermeiro. (E10,P1,L46).</p> <p>É assim eu acho que estes doentes, eu estou mais à vontade mesmo no acompanhamento, (...) (E10,P3,L77).</p> <p>E depois para as famílias que eu acho que também para as famílias é complicado. Isto mais nas pessoas que estão a iniciar, os que começam a fazer no internamento. (E10,P6,L129).</p> <p>Há pessoas que também por mais que nós expliquemos a situação não compreendem porque não estão com essa faculdade, não conseguem, não é.(E10,P6,L138).</p> <p>Que nós aqui no serviço não trabalhamos tanto essa parte, de visualizar as gasometrias, o que é que está ali alterado ou não. (E11,P6,L72).</p> <p>A máscara ao doente e claro verificar se aquilo está a ser eficaz ou não. (E12,P6,L107).</p> <p>A vigilância, ver a saturação do oxigénio, isso tudo, as características da pele essas coisas todas, mas acho que toda a gente que tenha o curso sabe que tem de vigiar, (...) (E12,P6,L108).</p> <p>(...) tentar personalizar os cuidados para aquela pessoa que eu tenho ali à minha frente.(E13,P1,L39).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para a manutenção dos cuidados</p>	<p><i>Vigilância/ Acompanhamento</i></p>	<p>(...) trabalhamos por equipas, pode haver outros métodos que possam ser igualmente facilitadores, mas que nos ajuda muito no sentido de a gente conhecer melhor aquela pessoa, os seus hábitos etc., como é que é...a continuidade dos cuidados...(E13,P2,L62).</p> <p>(...) tem que fazer uma vigilância mais continua ainda por cima aquilo era no turno da noite,(...)(E13,P3,L93).</p> <p>No fundo, é avaliar, é planear, executar e voltar a avaliar e estamos sempre neste contínuo das fases dos cuidados. (E13,P7,L134).</p> <p>Se pensarmos que cuidamos de todos os doentes igual, eu acho que começamos logo mal. (E13,P8,L141).</p> <p>(...) a forma como nós cuidamos, tem que se adequar e personalizar e pensar de forma holística para esta pessoa, “agora o que é que vou “fazer” e de acordo com as limitações...(E13,P8,L143).</p> <p>O que interessa é o doente e a agente tem que tanto quanto possível, mante-lo o mais confortável possível. (E6,P5,L171).</p> <p>(...) tentar ao máximo procurar que aquilo seja o mais confortável para o doente,(E15,P3,L115).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Estratégia para a manutenção dos cuidados</p>	<p><i>Ensino ao doente / cuidador</i></p>	<p>Não é fácil fazer ensinamentos ao doente. (E2,P1,L9).</p> <p>Foram feitos os ensinamentos, foi explicada a situação. (E2,P1,L12).</p> <p>(...) e depois todos os ensinamentos que temos que fazer, porque muitos deles têm que ir para casa com o aparelho e são eles mesmo a usar e são a família que terá que ser eles a colocar o próprio aparelho ao seu familiar. E então temos que ter toda a bagagem e ensiná-los como é que devem de vigiar o seu utente e como colocar o aparelho corretamente, não é. (E5,P6,L93).</p> <p>Daí que esse ensino tem de se mais para a família porque depois se a família também estiver tranquila, (...) (E10,P6,L139).</p> <p>(...) sabemos como as pessoas muitas vezes não reagem às explicações, explicações para a saúde (...) (E13,P1,L21).</p> <p>(...) se calhar é onde estou mais à vontade, a fazer ensinamentos. (E14,P3,L58).</p> <p>(...) sinto mais dificuldade, é no explicar ou pelo menos persuadir as pessoas, ou ensiná-las e explicar-lhes a elas o porquê da importância de continuar a fazerem o tratamento. (E15,P1,L41).</p>

**ANEXO 7- ÁREA TEMÁTICA, CATEGORIAS E UNIDADE DE ANÁLISE –
COMPLICAÇÕES DA VNI**

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Complicações da VNI</p>	<p><i>Alterações físicas</i></p>	<p>(...) não aperte demasiado o doente para não fazer maceração, porque há doentes que às vezes começam a ficar com alguma maceração, especialmente no nariz. O que é um bocado desagradável, e revela um bocado a falta de cuidado da nossa parte. (E3,P2,L47)</p> <p>(...) um doente que estava a iniciar um processo de úlcera de pressão no nariz, (...) (E4,P1,L15).</p> <p>E geralmente as máscaras muitas vezes apertam, magoam, fazem feridas no nariz que é uma complicação que geralmente aparece (...) (E5,P2,L37).</p> <p>(...) ver se não está a magoar, porque depois como eu disse à bocado, há muitas complicações não só através da mascara que faz muitas úlceras de pressão no nariz e não são assim tão fáceis. (E5,P6,L89).</p> <p>Às vezes fazem úlceras de pressão no nariz, já tentamos ser nós a resolver, ajustar a máscara, usar o penso mais adequado para aquele sítio, que também nem sempre é fácil. (E6,P5,L167).</p> <p>(...) fazer úlceras de pressão no nariz e tudo, é um bocado incomodativo. Acho que deveria de haver mais diversidade de máscaras, utensílios para evitar o aparecimento das ulceras de pressão no nariz. (E8,P4,L72).</p> <p>Até mesmo para pele, acho que também é muito importante protegermos o nariz para evitar úlceras e eu acho que se nós fizermos a proteção logo que depois evita-se muitas coisa. (E10,P6,L156).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
<p>Complicações da VNI</p>	<p><i>Alterações físicas</i></p>	<p>(...) tinha uma úlcera de pressão na zona do nariz. Pronto e foi uma situação que na altura para nós foi um bocado dificultador até por saber como havíamos de prestar cuidados aquele doente ao nível da úlcera e depois como adaptá-lo também ao ventilador, (...) (E11,P1,L5).</p> <p>(...) surgem as situações, aqui na zona do nariz de úlceras de pressão, que eu acho que era de evitar.(E12,P1,L26).</p> <p>(...) já tenho tido situações de por daquelas placas hidrocoloide para proteger, era desnecessário, (...) (E12,P1,L32).</p> <p>(...) uma senhora que acabou por ficar com uma escara no nariz(...) (E13,P1,L12).</p> <p>(...) a senhora que tinha a ferida no nariz, fiquei a pensar se existe alguma fragilidade ao nível da pele, o que é que se pode pôr ali em termos de cuidados de higiene e não sei que, de maneira a ficar com a pele um bocadinho mais...com uma proteção, com uma placa hidrocoloide,(...) (E13,P4,L95).</p> <p>(...) acabam por ficar magoadas, ficam maceradas, doí-lhes,(...) (E15,P1,L49).</p> <p>A pessoa estava macerada, tinha já uma úlcera de pressão (E15,P1,L78).</p> <p>(...) uma senhora que também a lutar um bocadinho com aquela ventilação, que vomitou,(...) (E13,P1,L25).</p>

Área Temática	Categorias	Unidades de Registo (Frases significativas)
Complicações da VNI	<i>Alterações físicas</i>	<p>(...) depois me faz pensar, “esta senhora tem vômitos, o que é que posso fazer aqui”(…)(E13,P4,L91).</p> <p>(...) é portanto avaliar se há fugas,(…) (E12,P4,L68).</p> <p>(...) às vezes ficam com os olhos inchados,(…) (E15,P1,L49).</p>
	<i>Alterações psicofisiológicas</i>	<p>Depois às vezes o cuidado para não ficar a magoar, não ficar extremamente apertado. (E3,P2,L47).</p> <p>Porque nós percebíamos que estava a doer ao doente, mas as vezes não conseguia-mos saber como resolver o problema. (E4,P4,L51).</p> <p>(...) É porque é uma pessoa que não está habituada a fazer, custa, mesmo fisicamente doí-nos a face. (E10,P1,L44).</p>
	<i>Alterações sociais</i>	<p>(...) ficam aqui algumas das atividades de vida completamente comprometidas, a alimentação também gera muito... o comer e beber e não só. (E10,P6,L126).</p> <p>(...) e “agora para comer e agora como é que se faz” e nós temos que perceber e ter essa disponibilidade da nossa parte e explicar “quando for para comer vou lá, eu ajudo tiro a máscara”, (...) E10,P6,L149).</p> <p>(...) é conhecer a pessoa o melhor possível, tentar avaliar de acordo com as necessidades que aquela pessoa em atividades de vida, e o que nós podemos fazer, personalizando os cuidados e visando o objetivo da senhora realmente melhorar no aspeto da necessidade que tinha em termos da ventilação.(E13,P5,L109).</p>

