

CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES INTUBADOS E TRAQUEOSTOMIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CHARACTERISTICS OF NURSING CARE TO PATIENTS WERE INTUBATED AND TRACHEOSTOMIZED: AN EXPERIENCE REPORT

KAIOMAKX RENATO ASSUNÇÃO RIBEIRO¹

MARIA LUZIA SILVA LIMA²

ANA PAULA MOREIRA BRITO³

RESUMO

A unidade de terapia intensiva é um local onde se assiste pacientes graves e instáveis, muitas vezes considerados de alta complexidade. Neste local faz-se necessário a assistência de diversos profissionais de saúde, dentre eles a enfermagem. Neste sentido este estudo objetivou relatar os cuidados de enfermagem a pacientes intubados e traqueostomizados observados durante um estágio em unidade de terapia intensiva. Trata-se de um relato de experiência ocorrido em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica de um hospital público da cidade de Goiânia-Goiás, no intuito de descrever os cuidados de enfermagem vivenciados a pacientes intubados e traqueostomizados. Em seguida foram relacionados com os descritos na literatura. Os resultados apontaram que os cuidados de enfermagem eram direcionados para a prevenção de infecções, dentre elas a pneumonia. Esses cuidados se destacaram como aspiração das vias aéreas, higiene oral, monitorização da pressão de *cuff*, cabeceira elevada em 35°-45°, dentre outros. Assim sendo, a enfermagem é uma das profissões responsáveis por oferecer essa assistência. Conclui-se que, faz necessário, estimular a educação continuada à equipe de enfermagem para que possam sempre estar colocando esses cuidados em prática, contribuindo para a redução das complicações associadas aos cuidados a saúdes.

Descritores: Traqueostomia, intubação, enfermagem.

ABSTRACT

Abstract The intensive care unit is a place where you watch critically ill patients and unstable, often considered of high complexity. This site makes it necessary the assistance of several health professionals, including nurses. In this sense this study aimed to describe the nursing care of the patients were intubated and tracheostomized observed during an internship in the intensive care unit. It is an experience report occurred in a Surgical Intensive Care Unit of a public hospital in the city of Goiânia, Goiás, in order to describe the nursing care experienced in intubated patients with tracheostomies. Then were related to those described in the literature. The results showed that the nursing care were directed to the prevention of infections, including pneumonia. Such care stood out as aspiration of the airways, oral hygiene, monitoring of the pressure of cuff, head high in 35°-45°, among others. Therefore, nursing is one of the professions responsible for providing such assistance. It is concluded that is necessary to encourage continuing education for nursing staff so they can always be putting such care in practice, contributing to the reduction of complications associated with caring for health.

Keywords: Tracheostomy, intubation, nursing.

¹Enfermeiro, especialista em terapia intensiva, residente em terapia intensiva SES-DF modalidade terapia intensiva, Pesquisador do grupo "Rede de Cuidados de Enfermagem aos pacientes Críticos-CNPq".

²Enfermeira, especialista em Terapia Intensiva.

³ Enfermeira pela Universidade Salgado de Oliveira .

INTRODUÇÃO

Na medida em que foram surgindo a necessidade de cuidados a pacientes que se encontravam em estado grave, e que requeriam assistência de enfermagem em tempo integral, surgiu-se a necessidade de criar as unidades de terapia intensivas (UTIs) (GUEDES, OHARA, SILVA, 2008). Este é um ambiente destinado a assistir pacientes graves e instáveis, sendo considerado de alta complexidade, por contar com aparato tecnológico e informatizado de ponta, e por ser constante a realização de procedimentos agressivos e invasivo, o que requer da equipe de enfermagem atuante neste local, preparo para lidar com as dificuldades cotidianas, relacionadas a tais complexidades (BACKES, ERDMANN, BÜSCHER, 2015; DUARTE, QUEIROZ, BÜSCHER, 2015).

A preocupação com esses tipos de pacientes surgiu a partir de Florence Nightingale, que durante a guerra da Criméia no século XIX, separavam os pacientes graves dos não graves em diferentes locais, de forma a favorecer o cuidado mais intensivo aos que necessitava de assistência imediata (GUEDES, OHARA, SILVA, 2008).

Os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na maioria das vezes apresentam déficit do autocuidado e dependentes dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem (BERALDO, ANDRADE, 2008).

A internação neste ambiente de trabalho tem como uma das principais causas, a insuficiência respiratória aguda (IRPA), sendo a ventilação mecânica invasiva (VMI) ou a ventilação não invasiva (VMNI) os métodos mais eficazes para o seu tratamento (ALEXIOU, LERODIAKONOU, DIMOPOULOS *et al.*, 2009).

Para a introdução da VMI faz-se necessária a intubação orotraqueal (IOT) endotraqueal ou traqueostomia (TQT). O uso do tubo artificial (TOT ou TQT) impossibilita que o paciente realize de forma natural o mecanismo de limpeza das vias aéreas ao tossir, o que repercute diretamente no aumento da produção de secreções nas vias aéreas, as quais devem ser aspiradas (FARIAS, FREIRE, RAMOS, 2006).

Com isso, a vivência em unidade de terapia intensiva permite observar a existência de vários cuidados aos pacientes ali internados, dentre eles pacientes intubados e traqueostomizados, o qual direciona o presente estudo. Estes cuidados quando realizados de forma correta, contribuem na prevenção complicações decorrentes da assistência prestada. Dentre as complicações mais comuns estão as infecções, das quais se destacam a pneumonia, em especial, a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) (SOUZA, BELEI, CARRILHO *et al.*, 2015).

Assim o presente estudo partiu da seguinte questão norteadora: quais os cuidados de enfermagem à pacientes intubados e traqueostomizados puderam ser vivenciados e evidenciados durante uma prática clínica de um estágio em uma unidade de terapia intensiva?

Frente a essa problemática verifica-se a importância da equipe de enfermagem no cuidado prestado aos pacientes intubados e traqueostomizados nas UTIs. Esta importância se justifica por serem profissionais que estão em constante contato com estes pacientes, tornando sua assistência, muitas vezes, mais frequentes do que os demais profissionais.

Este é indispensável na assistência ao paciente crítico, pois amplia cada vez mais seu papel como educador (a) em saúde no ambiente intensivo, não só comunicando conteúdos em intervenções educativas, mas também avaliando os recursos educativos mediados que irão auxiliar a terapêutica a pacientes intubados e traqueostomizados.

Frente ao exposto o presente estudo objetivou relatar por meio de uma experiência os cuidados de enfermagem à pacientes intubados e traqueostomizados, discutidos e vivenciados em um estágio de unidade de terapia intensiva.

MATERIAS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, ocorrido durante um estágio obrigatório de enfermagem, presente na disciplina de estágio supervisionado de um curso de especialização em enfermagem em UTI. O estágio ocorreu no 1º semestre de 2016 em uma UTI Cirúrgica de um hospital público de Goiânia-Go.

A clientela assistida nesse hospital compreende usuários do Sistema Único de Saúde, que estivessem vivenciado procedimentos cirúrgicos, e que necessitassem de cuidados intensivos. Estes muitas vezes se encontravam intubados ou traqueostomizados, em terapia ventilatória invasiva (Ventilação Mecânica) sendo totalmente dependentes da assistência de enfermagem.

As atividades teórico-práticas desenvolvidas no campo de estágio ocorreram no período de abril a junho de 2016 aos finais de semanas, com duração de 12 horas diárias de atividades e incluíram: todos os cuidados diretos aos pacientes ali internados, bem como a elaboração diária da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

Neste período, e durante tais atividades, concentrou-se na discussão em grupo e vivência de ações desenvolvidas pela enfermagem. As ações discutidas basearam-se nas

prescrições que se encontravam nos prontuários dos pacientes, ou que não se encontravam escritas, mas que eram realizados e em seguida transferido para tal documento.

Os cuidados eram registrados pela equipe, além de serem discutidas em forma de casos clínicos entre as equipes multiprofissionais atuantes na UTI. Além disso, realizou-se uma abordagem direta e de linguagem informal em cada leito, discutindo questões como vantagens individuais de acordo com cada cuidado realizado e que auxiliam na prevenção de infecções relacionadas a assistência a saúde. As atividades foram supervisionadas pela docente responsável no campo de estágio e acompanhadas pela equipe de enfermagem da unidade de internação em questão.

Após o término do estágio que durou cerca de 1 mês consecutivo, decidimos elaborar tal estudo com os cuidados ali vivenciados, e em seguida compara-los com os cuidados evidenciados na literatura e que fundamentaram os cuidados aqui realizados.

Para levantamento das publicações, foi realizado uma busca *online* nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lillacs) e Biblioteca Regional de Medicina (Bireme). Para a seleção foram usados os seguintes descritores de saúde (Decs): Traqueostomia, intubação, cuidados de enfermagem. Os critérios de inclusão foram textos em português, disponível na íntegra, que tenham sido publicados no período de 2006 a 2016. O critério de exclusão foram artigos que fizeram fuga ao tema, anais de eventos, comunicações breves e que tivessem mais de 10 anos de publicação.

RESULTADOS

Durante a realização do estágio em uma UTI cirúrgica de um hospital público de Goiânia foram discutidos e observados vários cuidados realizados a pacientes intubados e traqueostomizados. Estes cuidados foram relacionados principalmente com a prevenção de infecções hospitalares, dentre eles a PAVM, assim como na prevenção de lesão por pressão, e que de alguma forma também contribuíram para o conforto destes pacientes.

Estes cuidados muitas vezes se faziam presentes no intuito de prevenir infecções respiratórias e conseqüentemente a prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. Assim, os principais cuidados de enfermagem observados estavam a higiene oral com clorexidina 0,12%; cabeceira elevada (30-45°); avaliação da pressão do *cuff* sendo mantida entre 20-30 cmH₂O; aspiração das secreções presentes nas vias aéreas

através do TOT ou da cânula da TQT. Outros cuidados não muito comuns estavam a troca de umidificadores do ventilador mecânico, retirada de secreções ou água presentes no sistema de condução da VM.

DISCUSSÃO

Várias literaturas ⁽⁸⁻¹⁴⁾ preconizam esses cuidados em formas de *Bundle*, que consiste em uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para o paciente, ou seja, um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências que, quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhora os resultados para os pacientes (SILVA, NASCIMENTO, SALLES, 2014; QUEIRÓS, SANTOS, BRITO *et al.*, 2015; RODRIGUES, STUDART, ANDRADE *et al.*, 2012; LIMA, FLECK, BORGES *et al.*, 2013; GONÇALVES, BRASIL, MINAMISAVA *et al.*, 2012; GASPAR, MASSI, GONÇALVES *et al.*, 2015; YAMANAKA, GÓIS, VIEIRA *et al.*, 2010).

Em comparação, outros cuidados foram discutidos e observados durante o estágio como rotina assistencial dos profissionais de enfermagem, como a higienização das mãos; a prevenção da broncoaspiração através da interrupção da dieta por via Sonda Nasoenteral ou Nasogástrica durante a higienização bucal ou aspiração das secreções pulmonares; cuidados com o circuito ventilatório, e avaliação diária da possibilidade de extubação. Esses cuidados, quando menosprezados contribuem diretamente com o surgimento de infecções associadas à assistência a saúde e consequentemente o surgimento da pneumonia hospitalar.

Tais cuidados são de grande importância na manutenção da vida do paciente, pois os estudos também apontaram como uma das maiores causas de mortalidade hospitalar estão as infecções causadas pela assistência a saúde tendo como uma das principais PAVM.

Porém para que esses cuidados sejam efetivos e enfatizados em todos os pacientes e por todos os profissionais, é imprescindível que tenham continuidade nas avaliações pelos enfermeiros ou por outros profissionais através de *checklist* durante seu período de trabalho.

Assim, a atenção redobrada a esses cuidados em pacientes críticos intubados e traqueostomizados proporciona conforto e segurança a esses pacientes, garantindo de forma direta uma maior sobrevida contribuindo assim na redução da mortalidade.

No que se refere a Higiene bucal (HB), um cuidado primordial na UTI, muitos pacientes apresentam déficit do autocuidado, o que os tornam dependentes dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem, dentre esses a HB (BERALDO, ANDRADE,

2009). Este cuidado, quando realizados em paciente internados na UTI contribui na retirada do biofilme bucal, além de diminuir a proliferação de bactérias patogênicas. A falta desse cuidado, propicia o surgimento de infecções e doenças sistêmicas (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Dentre as atribuições da enfermagem na UTI, se encontra a HB, mas a mesma, num contexto geral, não tem sido priorizada por esses profissionais (PENITENTI *et al.*, 2010). No que se refere a outras instituições de saúde, essa prática também não tem sido foco dos profissionais de enfermagem, muitas vezes pela falta de conhecimento de sua extrema importância, pela falta de recursos para sua execução, ou mesmo pela falta de padronização de tal procedimento (SILVEIRA *et al.*, 2010; PENITENTI *et al.*, 2010; JULIANO *et al.*, 2007)

No presente estudo foi observado que a higiene bucal era realizado pelo enfermeiro três vezes ao dia, sendo no período matutino e noturno, a HB era realizado utilizando clorexidina aquosa a 0,12%, e no período vespertino eram realizado HB utilizando somente água. A clorexidina era utilizada num período de 15 dias, seguida de um período de 7 dias com creme dental.

A literatura aponta que o na HB, o digluconato de clorexidina aquosa com concentração de 0,12% deve ser usado no decorrer de um intervalo de 12/12 horas, e que nos intervalos da aplicação desse produto, a HB poderá ser realizada com água destilada ou filtrada e ou produtos aromatizantes bucais sem álcool de acordo com as recomendações do Protocolo Operacional Padrão (POP). E que esse cuidado contribui significativamente para a prevenção da PAVM (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Contudo, percebe-se que são dezenas de cuidados que podem ser desenvolvidos pelo enfermeiro e sua equipe. E que para que tais condutas sejam realizadas de forma eficiente, a enfermagem deve atuar holisticamente, humanizada e individualizada.

Um cuidado muito importante observado é a manutenção da pressão do *cuff*. Este cuidado que está relacionada a redução do movimento da cânula traqueal, a evitar que ocorra a aspiração do conteúdo gástrico para o interior do trato respiratório se presença de escape de ar durante a VM, objetivando assim diminuir as lesões laringotraqueais e as consequentes complicações da decorrentes da VM prolongada (PENITENTI *et al.*, 2010).

Este balonete tem por função é selar a via aérea, mantendo seu valor entre 20 cmH₂O e 30 cmH₂O, pois pressões superiores a 30 cmH₂O podem gerar lesões na parede da

traqueia e pressões inferiores a 20 cmH₂O favorecem a broncoaspiração (JULIANO *et al.*,2010).

Durante o pratica clínica, foi observado uma constante preocupação da enfermagem com esse cuidado, reavaliando a pressão do cuff após aspiração de secreção do TOT ou da TQT, após a higiene bucal, troca de fixador do TOT ou da TQT, após o banho no leito.

A necessidade de intubação traqueal por mais de 24 horas, pode apresentar grau de sofrimento da mucosa laringotraqueal, pois o balonete é um fator complicador nesta situação. E que se mantido entre 20-30 cm H₂O, podem evitar complicações como aspiração e a broncoaspiração do conteúdo gastroesofágico e orofaríngeo (JULIANO *et al.*,2010)

Neste sentido, é de fundamental importância que a enfermagem estejam atentos a pressão do *cuff*, pois são estes profissionais que estão diretamente e constantemente em contato com o paciente com TQT ou TOT. E esta pressão, esta sempre apresentando alteração a cada manuseio do dispositivo ventilatório (TQT ou TOT) ou do próprio paciente, o que a torna uma conduta que requer uma atenção sempre redobrada.

Ao referir a aspiração traqueal, Águas, Cunha e Vitorino (2011), observaram em seu estudo que apenas 63,3% dos profissionais que realizaram a aspiração das vias aéreas de pacientes intubados seguiam a sequencia correta para aspiração (TOT, nariz e boca), o que corresponde a uma parcela grande de profissionais, potencializando assim o risco de infecção.

Quando comparado com os cuidado vivenciados durante o período de estagio, pode-se perceber que a realização da higiene brônquica ocorria principalmente pelo profissional enfermeiro, assumindo para si a responsabilidade de realizar tal cuidado. E que tal cuidado também foi realizado na mesma sequência padronizada pela literatura (TOT, nariz e boca).

Ao se referir a necessidade da realização da aspiração das vias aéreas, um estudo exploratório-qualitativo-observacional realizado em 2008, evidenciou que a necessidade ou não de aspiração, deve ser avaliada através da ausculta pulmonar a cada 2 horas, realizando a aspiração somente na presença de secreções e não como método de rotina assistencial (MARTINS *et al.*, 2008).

Em comparação com tal cuidado vivenciado, observou-se que aspiração das vias aéreas, eram realizados através da análise da necessidade de cada paciente, sendo usado como método para avaliação, a ausculta pulmonar com presença de ruídos adventícios (Roncos, Estertores, sibilos inspiratórios) ou diminuição dos murmúrios vesiculares

fisiológicos, associado sempre a outro sinal, como dispneia, uso de musculatura acessória, visualização de secreção no TOT ou TQT, queda da saturação parcial de oxigênio (SPO_2) < 92%, denteamento da curva de fluxo do ventilador mecânico em pacientes que se encontravam em terapia ventilatória. Estas avaliações eram realizadas coletivamente, para melhor decisão de necessidade real ou não de aspiração.

Assim, o enfermeiro como membro da equipe de saúde é responsável direto junto a outros profissionais, na realização do exame físico e raciocínio clínico que indiquem ou excluam a indicação da aspiração das vias aéreas.

No que se refere a higienização das mãos, esta é reconhecida mundialmente como uma medida primária, mas muito importante, no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Por esse motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e do controle de infecções nos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes (BRASIL, 2009). No presente estudo pode ser observado que a equipe de enfermagem não o realizavam nos momentos indicados (antes e após um procedimento). Estes a realizavam constantemente após a realização de procedimentos, mas eram muitas vezes negligenciados antes da realização de uma determinada assistência.

Contudo, faz-se necessário uma ênfase maior neste cuidado, que apesar de simples, acaba se tornando complexo no que se refere em colocá-lo em prática. Para tal eficiência, se torna indispensável a intervenção do enfermeiro através de educação continuada, pois este muitas vezes é influente no meio em que trabalha, garantindo assim uma menor proliferação de microrganismos e conseqüentemente a redução de infecções que são causadas pela assistência a saúde.

Cuidados preventivos de leão por pressão

Durante a vivência na UTI cirúrgica de um hospital escola de Goiânia, pode-se perceber que a presença de lesão por pressão eram discretas neste setor da unidade hospitalar pois toda a equipe, em especial os técnicos de enfermagem, tem uma grande preocupação com o cuidado básico (mudança de decúbito) para prevenção desse evento. Este cuidado era realizado a cada 1,5 horas a 2 horas, não ultrapassando esse intervalo para realizá-lo, tendo sempre uma comunicação entre enfermeiro e equipe, pois quando este cuidado não era realizado pelo técnico de enfermagem, muitas vezes por estar realizando

outra atividade, o mesmo cuidado era realizado pelo enfermeiro, o contribuía diretamente na qualidade da assistência e conforto do paciente.

Estudos recentes mostram que todos os pacientes se beneficiam na prevenção de lesão por pressão quando são submetidos à mudança de decúbito. E que tal cuidado também contribui na regressão de lesões por pressão quando já existente. Este vem descrito nas literaturas, como um cuidado a ser realizado a cada 2 horas, sendo este tempo, o máximo para ser realizado. Porém, o mesmo cuidado pode variar (1/1h- 1,5/1,5h), a depender de cada paciente, da resistência de sua pele, na pré-instalação da lesão ou mesmo se já instalada (SILVA, NASCIMENTO, 2012) (BUZZI, FREITAS, WINTER, 2016; INOUE, MATSUDA, 2016; SILVA, NASCIMENTO, 2012).

Um estudo realizado em 2012, apontou que a mudança de posição no leito de pacientes intubados ou traqueostomizados e que se encontram em uso de terapia ventilatória, influencia diretamente na sua hemodinâmica, bem como no seu aspecto respiratório podendo ser benéfico ou não. Tal literatura apontou que o decúbito lateral direito em pacientes em uso de TOT e VM, é a melhor posição a ser usada, pelo fato da anatomia do pulmão direito ser maior do que o esquerdo, apresentando uma maior vantagem quando comparado ao decúbito lateral esquerdo (SILVA, NASCIMENTO, 2012).

Pode-se perceber que este cuidado é indispensável ao paciente, o que requer do enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, uma maior atenção, contribuindo com a redução do tempo de internação, e conseqüente na redução de exposição aos riscos hospitalares. Todavia, pode-se perceber também que o mesmo cuidado contribui como um método de promoção de conforto ao paciente durante seu tempo de internação hospitalar.

Conclusão

Os cuidados observados durante a realização das atividades teórico-práticas na UTI cirúrgica nos proporcionaram verificar que a equipe de enfermagem, tem como sua rotina assistencial, cuidados indispensáveis para manutenção da vida e segurança do paciente crítico. Estes pacientes necessitam não só um grupo de profissionais específicos, mas sim de uma equipe multidisciplinar que tenham o mesmo objetivo ao oferecer assistência.

Os cuidados oferecidos pela equipe de enfermagem, por serem vários, estão sempre voltados a segurança do paciente e baseados em evidências científicas. Neste período de estagio, foi possível observar a importância da autonomia do enfermeiro durante a

realização de tais cuidados, assumindo seu papel de membro da equipe de saúde que contribuirá com seus cuidados em todas as etapas da terapia de pacientes, sejam eles intubados ou traqueostomizados.

E que como a enfermagem tem como um de seus primórdios a educação em saúde, tais cuidados devem ser descentralizados, ofertados e implantados em todas as instituições de saúde, cabendo ao enfermeiro dispor de ferramentas que facilitem a distribuição do conhecimento científico, o que contribuirá diretamente na redução do tempo de internação, e conseqüentemente os custos e a mortalidade hospitalar.

Referências

1. GUEDES, G. F.; OHARA, C. V. S.; SILVA, G. T. R. Processo de ensinar e aprender em UTI: um estudo fenomenológico. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 6, p. 828-834, 2008.
2. BACKES, O. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411-418, 2015.
3. DUARTE, S. C. M. *et al.* O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1074-1081, 2015.
4. BERALDO, C. C.; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **J Bras Pneumol.**, v. 34, n. 9, p. 707-714, 2008.
5. ALEXIOU, V. G. *et al.* Impact of patient position on the incidence of ventilator-associated pneumonia: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Review Article Journal of Critical Care**. v. 24, n. 4, p. 515-522, 2009.
6. FARIAS, G. M.; FREIRE, I. L. S.; RAMOS, C. S. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal–RN. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 8, n. 1, p. 63-69, 2006. Acesso em: 08/05/2016. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_08.htm.

7. SOUZA, E. S. *et al.* Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 220-228, 2015.
8. SILVA, S. G.; NASCIMENTO, E. R. P.; SALLES, R. K. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 290-295, 2014.
9. QUEIRÓS, S. M. M. *et al.* Construção do Formulário de Avaliação da Competência de Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 7, p. 51-60, 2015.
10. RODRIGUES, Y. C. S. J. *et al.* Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 789-795, 2012.
11. LIMA, E. D. *et al.* Efeitos de intervenção educativa na adesão às recomendações técnicas de aspiração traqueobrônquica em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 25, n. 2, p. 115-122, 2013.
12. GONÇALVES, F. A. F. *et al.* Eficácia de estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 802-808, 2012.
13. GASPAR, M. R. F. *et al.* A equipe de enfermagem e a comunicação com o paciente traqueostomizados. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 3, p. 734-744, 2015.
14. YAMANAKA, C. S. *et al.* Intubação orotraqueal: avaliação do conhecimento médico e das práticas clínicas adotadas em unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 103-111, 2010.
15. SILVEIRA, I. R. *et al.* Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 697-700, 2010.

16. PENITENTI, R. M. *et al.* Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 192-195, 2010.
17. JULIANO, S. R. R. *et al.* Medidas dos Níveis de Pressão do Balonete em Unidade de Terapia Intensiva: Considerações sobre os Benefícios do Treinamento. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 317-321, 2007.
18. ÁGUAS, E. S.; CUNHA, M. F. C.; VITORINO, P. V. O. Avaliação da aspiração traqueobrônquica em uma unidade de terapia intensiva da cidade de Goiânia. **Revista Movimenta**, v. 4, n. 1, p. 33-39, 2011.
19. MARTINS, J. J. *et al.* Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: Critérios utilizados por uma equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 4, p. 517-522, 2008.
20. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos**. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf.
21. BUZZI, M.; FREITAS, F.; WINTER, M. B. Pressure ulcer healing with Plenusdermax® Calendula officinalis L. extract. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 230-236, 2016.
22. INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Cost of dressings for prevention of sacral pressure ulcers. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 4, p. 598-602, 2016.
23. SILVA, R. F. A.; NASCIMENTO, M. A. L. Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 413-419, 2012.