FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

CLAUDECIRA OLIVEIRA FIGUEIRÊDO

LEVANTAMENTO DAS CONDUTAS UTILIZADAS E PARÂMETROS AVALIADOS NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

PATOS-PB
2012

CLAUDECIRA OLIVEIRA FIGUEIRÊDO

LEVANTAMENTO DAS CONDUTAS UTILIZADAS E PARÂMETROS AVALIADOS NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas - Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientador (a): Profª. Ms. Aucelia Cristina Soares Belchior
Co-orientadora (a): Esp. Necienne de Paula C. Porto

PATOS-PB
2012

LEVANTAMENTO DAS CONDUTAS UTILIZADAS E PARÂMETROS AVALIADOS NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

CLAUDECIRA OLIVEIRA FIGUEIRÊDO

Aprovado em: _____/_____/_____

Nota: _____

_____

PROFª. Ms. AUCELIA CRISTINA SOARES DE BELCHIOR
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(ORIENTADOR (A))

_____

PROFª. Ms. GABRIELA LOPES GAMA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(1° MEMBRO)

_____

PROF. ESP TATIANE GUEDES F. CORDEIRO
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(2° MEMBRO)

PATOS-PB
2012

"Eu creio em mim mesmo. Creio-nos que trabalham comigo, creio nos meus amigos e creio na minha família. Creio que Deus me emprestará tudo que necessito para triunfar, contanto que eu me esforce para alcançar com meios lícitos e honestos. Creio nas orações e nunca fecharei meus olhos para dormir, sem pedir antes a devida orientação a fim de ser paciente como outros e tolerante com os que não acreditam no que eu acredito. Creio que o triunfo é resultado de esforço inteligente, que não depende da sorte, da magia, de amigos, companheiros duvidosos ou de meu chefe. Creio que tirarei da vida exatamente o que nela colocar. Serei cauteloso quando tratar os outros, como quero que eles sejam comigo. Não caluniarei aqueles que não gosto. Não diminuirei meu trabalho por ver que os outros o fazem. Prestarei o melhor serviço de que sou capaz, porque jurei a mim mesmo triunfar na vida, e sei que o triunfo é sempre resultado do esforço consciente e eficaz. Finalmente, perdoarei os que me ofendem, porque compreendo que ás vezes ofendo os outros e necessito de perdão"

Mahatma Gandhi

A Deus, minha mãe, e a todos que acreditaram em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus porque ele é a fonte inesgotáveis de misericórdias e perdão na minha vida e de todos os seres humanos.

Agradeço a minha mãe, rainha que a amo tanto e que cada segundo de minha vida demonstra a grandiosidade do seu amor por mim, minha rainha que sempre está ao meu lado mim erguendo em todas as minhas quedas, nos momentos de alegrias e tristezas. Ela é a única que está ali ao lado com todo amor e carinho, mainha quero que saiba que a senhora é tudo na minha vida sem você não existeria vida, pois Deus a escolheu para ser sua filha e deste sempre te agradeço por todo meu viver.

Agradeço a Dr. Verissino que acreditou no meu potencial, em um momento que ninguém acreditou mim ajudou no início de uma batalha a qual pensava que só eram flores, mas no decorrer da caminhada encontrei espinhos e simplesmente seguir em frente.

Agradeço a minhas amigas Lurdinha, Dores, Jomayra e Adeiton, Fran Lima, Kaline, Jovelina, que caminharam comigo, sempre me dando uma palavra amiga de esperança em meio tantas atribulações.

Agradeço a João Leuson o reitor da faculdade que me permaneceu na faculdade e as outras pessoas que contribuíram direto ou indiretamente.

Agradeço aos meus professores por cada dia um novo aprendizado, e em especial Sebastião, Renan, Thiago, Vagner, Rose, Manuela, Everson, que sempre estiveram ao meu lado até, mas mais difíceis decisões de minha vida, nos momentos que não sabia o que era o certo ou o errado, essas pessoas humildemente apoiaram todas as minhas escolhas por isso que falo de todo meu coração que eu sempre levarei vocês dentro do meu coração onde eu for.

E a minha orientadora e co-orientadora que me guiaram na concretização não de um sonho, mas de dura batalha que se transformou em uma grande vitória.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVE-Acidente Vascular Encefálico

Fio_2. Fração inspirada de oxigênio

Fr – Freqüência respiratória

UTI – Unidade Terapia Intensiva

VC – Volume Corrente

VM – Ventilação Mecânica

SPO_2- Saturação Periférica de Oxigênio

TCLE- Termo Livre Esclarecido

MC- Modo Volume Controlado

MIC- Mandatória Intermitente Controlado

MISVC- Mandatória Intermitente Sincronizado com Volume Controlado

SMMI- Modo Intermitente com Suporte Controlado

VAPS- Modo Volume Assegurado com Pressão de Suport

ICC- Insuficiência Cardíaca

IRA- Insuficiência Respiratória Aguda

BCP- Bronco Pneumonia

PNM- Pneumonia

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

IRC- Insuficiência Renal Crônica

SRDA- Síndrome do Desconforto Agudo no Adulto

RESUMO

O paciente crítico na unidade terapia intensivo apresenta alterações clínicas que podem comprometer a sua evolução, englobando processos patológicos complexos e fisiológicos que interagem diretamente com o seu estado. Cabe ao fisioterapeuta, selecionar o tipo de terapia mais adequada a ser empregado considerando o estado clínico e hemodinâmico do paciente, podendo prever as respostas fisiológicas na conseqüente á terapia, analisar os benefícios ou malefícios que poderão ocasionar ao paciente. O paciente crítico na UTI apresenta alterações clínicas que podem comprometer a sua evolução englobando processos patológicos complexos e fisiológicos que interagem diretamente com a terapêutica selecionada. Cabe ao fisioterapeuta, selecionar o tipo de terapia mais adequada a ser empregado considerando o estado clínico e hemodinâmico do paciente, podendo prever as respostas fisiológicas na conseqüente á terapia, analisar os benefícios ou malefícios que poderão ocasionar ao paciente Nas últimas décadas, grande atenção tem sido direcionada à conduta. Desta maneira é importante proporcionar estudos que tragam um maior conhecimento a cerca de tal assunto, a partir de um olhar regional e específico. O estudo teve como objetivo verificar as condutas realizadas em pacientes críticos na UTI, em uma cidade do sertão Paraibano nos períodos de Abril e Maio de 2012. A coleta dos dados foi realizada através dos registros dos dados obtidos nos prontuários dos pacientes que estavam internos na UTI. Serão analisados de forma quantitativa, de acordo com as informações que serão coletadas a partir de informações contidas nos prontuários, utilizando uma análise estatística descritivos sendo os dados organizados em tabelas e gráficos. A pesquisa ocorreu em adequação à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo todas as diretrizes éticas para a pesquisa com seres humanos. Os resultados demonstram o predomínio no gênero masculino apresentando 60%, quanto ao estado civil maior parte era casada com 70% em relação à profissão verificou se que há um maior percentual em aposentados com 50%%. Verificou - se que a maioria das internações era devido insuficiência respiratória com percentual de 2-2%. A modalidade mais utilizada foi o modo mandatório intermitente sincronizado com volume controlado com 6-60%. Conclui- se que a importância das condutas aplicadas a pacientes críticos, contribuiu com um menor tempo de internação e melhor conforto respiratório.

Palavra chave: Paciente crítico, Condutas, Unidade Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The critically ill patient in the intensive care unit clinical features that can compromise its development, encompassing complex physiological and pathological processes that interact directly with your state. It is the physiotherapist, select the type of therapy best suited to be used considering the clinical and hemodynamic status of the patient and may provide the physiological responses in subsequent therapy will analyze the benefits or harm that may result to the patient. The critically ill patient in ICU clinical features that can compromise their development encompassing complex physiological and pathological processes that interact directly with the selected treatment. It is the physiotherapist, select the type of therapy best suited to be used considering the clinical and hemodynamic status of the patient and may provide the physiological responses in subsequent therapy will analyze the benefits or harm that may cause the patient the past decades, considerable attention has been directed to conduct. Thus it is important to provide studies which give an increased knowledge about the subject, from a specific regional and look. The study aimed to verify the behavior performed in critically ill patients, in a city in Paraíba backwoods periods in April and May 2012. Data collection was performed through the records of data obtained from medical records of patients who were at the ICU. Will be analyzed quantitatively, according to the information that is collected from information contained in medical records, using a descriptive statistical analysis and the data organized in tables and graphs. The research took place in adaptation to Resolution 196/96 of the National Health Council, following all the ethical guidelines for research with human subjects. The results demonstrate the predominance of males showing 60%, the majority of marital status was married to 70% in relation to the profession that there is a higher percentage of retirees with 50%%. There - that the majority of admissions were due to respiratory failure percentage of 2.2%. The method used was the way synchronized intermittent mandatory volume adjusted to 6-60%. It is concluded that the importance of conduct applied to critically ill patients, contributed to a shorter hospital stay and better breathing comfort.

Keyword: critical patient, Conduits, Intensive Care Unit.

TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Dados gerais dos 10 pacientes UTI..... 28

Tabela 2 – Caracterização Clínica dos 10 pacientes internos na UTI..... 30

Tabela 3-Caracterização tempo de internação..... 32

Tabela 4 – Parâmetros para ventilação mecânica na UTI..... 33

Gráfico 1 – Estratégia neuro protetora utilizada..... 35

Gráfico 2 – Caracterização das modalidades em porcentagem..... 38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 12

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 14

2.1 UNIDADE TERAPIA INTENSIVA E O PACIENTE CRITICO..... 14
2.2 PRINCÍPIOS GERAIS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA..... 16
2.3 SEDAÇÃO E ANALGESIA..... 19
2.4 GASOMETRIA ARTERIAL..... 21
2.5 ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL..... 21
2.6 MOBILIZAÇÃO NO LEITO E FISIOTERAPIA MOTORA..... 23

3 METODOLOGIA 25

3.1 TIPO DA PESQUISA..... 25
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM..... 25
3.2.1 **Critérios de inclusão.....** 25
3.2.2 **Critérios de exclusão.....** 25
3.2.3 **Riscos e benefícios.....** 26
3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS..... 26
3.4 PROCEDIMENTOS E ANALISE DE DADOS..... 26
3.5 ASPECTOS ETICOS..... 27

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 28

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 39

REFERÊNCIAS..... 40

APÊNDICES..... 46

APÊNDICE A – Termo de compromisso do pesquisador..... 47
APÊNDICE B – Termo autorização para pesquisa em prontuário..... 48
APÊNDICE C – Questionário..... 49
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecimento..... 50
ANEXOS..... 51
ANEXO A - Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... 52

1 INTRODUÇÃO

A Unidade Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada por sua complexidade, e dotada de equipamentos que visam monitoração contínua de pacientes graves com descompensações de um ou mais sistemas orgânicos fornecendo suporte, tratamento intensivo, e cuidados 24 horas (ABRAHAO, 206).

Nos últimos anos, pôde-se observar um crescente número de pacientes críticos, admitidos na UTI, sendo que o próprio perfil dos hospitais mudou, adaptando a esta crescente demanda. Além das mudanças estruturais, o time de profissionais que atuam nessas unidades também sofreu alterações profundas, caracterizadas, principalmente, pela incorporação de novos profissionais e pela maior especialização daqueles que já atuavam, de forma mais expressiva, médicos, fisioterapeutas e enfermeiras, cometendo, estudos experimentais, clínicos e epidemiológicos foram surgindo nessa área, uma conotação mais científica à forma de atuar desses profissionais, inicialmente, os processos diagnósticos e terapêuticos eram embasados em conceitos puramente fisiológicos e fisiopatológicos. Agora, além do aprofundamento desses conceitos surgiram processos baseados em evidências científicas sólidas, sendo que os próprios indicadores de qualidade puderam ser incorporados à prática da medicina intensiva assistencial (SILVA;GOMES;MASSORO, 2005).

O paciente crítico na UTI apresenta alterações clínicas que podem comprometer a sua evolução englobando processos patológicos complexos e fisiológicos que interagem diretamente com a terapêutica selecionada. Cabe ao fisioterapeuta, selecionar o tipo de terapia mais adequada a ser empregado considerando o estado clínico e hemodinâmico do paciente, podendo prever as respostas fisiológicas na conseqüente á terapia, analisar os benefícios ou malefícios que poderão ocasionar ao paciente (REGENGA, 2000).

A necessidade da definição de critérios para internação e alta de pacientes na UTI considera vários aspectos, com a finalidade de beneficiar o paciente e aperfeiçoar o estado funcional do paciente previamente à internação na UTI, se há necessidade de ventilação mecânica, na presença de doenças malignas e nas alterações orgânicas também são importantes como elementos (MACHADO, 2006).

Nas últimas décadas, grande atenção tem sido direcionada as condutas realizadas na UTI. A partir de um olhar regional e específico, desta maneira é importante proporcionar estudos que tragam um maior conhecimento a cerca de tal assunto (FERNANDES, 2005). Diante das

variedades de condutas, realizadas em paciente critico, fomenta o desejo de agregar conhecimento a cerca das condutas aplicadas a esses pacientes. Além disso, o presente estudo se justifica pela possibilidade de ampliar o conhecimento regional sobre o assunto, contribuindo para a realização de outras pesquisas. Esse estudo teve com o objetivo geral, observar e relatar as condutas utilizadas e parâmetros avaliados em pacientes internos UTI.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 UNIDADE TERAPIA INTENSIVA E O PACIENTE CRITICO

A partir de 1950, foram criadas as primeiras UTI, hoje é amplamente difundida em todo o mundo, reconhecida pelos médicos e pela população leiga como ambientes onde são utilizados técnicas e procedimentos, por vezes sofisticados, que podem propiciar condições para a reversão dos distúrbios que colocam em risco a vida do paciente, o rápido desenvolvimento e aplicação de tecnologias avançadas possibilitam uma avaliação mais crítica no atendimento, mas a assistência ao paciente vai ainda mais além dos aspectos psicológicos, afetivos ou emocionais ao paciente, no adoecer, é uma questão de saúde, por isso, o serviço de equipe do hospital é tão importante (YUNES; COELHO; ALMEIDA, 2011).

A UTI possui registros de sua existência desde o século XIX, onde durante a II Guerra Mundial, em conseqüência da necessidade de um local para assistência aos soldados vitimados e a escassez de equipamentos de enfermagem para manter os cuidados necessários, exigiu a criação de uma sala onde atenção intensiva pudesse por assegurada, resultando na divisão de salas de recuperação, onde só se tornaram evidentes a partir de 1969, quando verificou a necessidade de criação de uma unidade de cuidados específicos para o paciente crítico (BRAUN, 2007).

Esse é um ambiente com maior atenção aos pacientes críticos, que possuem vários níveis comprometimento, necessitando de monitoração contínua e intensiva durante as 24 horas, a fim de obter-se a estabilização ou mesmo a melhora efetiva do paciente, é mais dependente de cuidados, requer observação continua e necessita de um maior número de intervenções devido à gravidade da sua saúde (FERNANDES; 2005).

Os pacientes críticos que estão internos muitas das vezes imobilizados, com descondicionamento físico, fraqueza e problemas respiratórios agudos são comuns nesses pacientes que ficam sobre a ventilação mecânica, estas complicações inerentes à ventilação mecânica prolongada são de origem multifatorial, a imobilidade no leito, desordens clínicas como a disfunção respiratória, déficit nutricional e exposição a agentes farmacológicos como bloqueadores neuromusculares e corticosteróides, traduzem todos os fatores que podem afetar adversamente a funcionalidade e resultando em maior período de intubação e internação hospitalar (SILVA; VASCONCELOS, 2008).

A caracterização de um paciente crítico na unidade terapia intensiva conta com situações de instabilidades clínicas que possam comprometer a sua evolução englobando uma complexa situação de processos patológicos e suas adaptações fisiológicas que irão interagir diretamente com a terapêutica selecionada. Cabe ao fisioterapeuta, selecionar o tipo de terapia mais adequada a ser empregado considerando o estado clínico e hemodinâmico do paciente podendo prever as respostas fisiológicas na conseqüente á terapia analisar os benefícios ou malefícios que poderão ocasionar ao equilíbrio hemodinâmico desse paciente (REGENGA, 2000).

A sobrevida dos pacientes críticos tem crescido em conseqüência da evolução tecnológica, cientifica e da interação multidisciplinar, contudo a incidência de complicações decorrentes da permanência prolongada na UTI vem contribuindo muitas das vezes adversamente para uma diminuição do status funcional resultando no aumento dos custos assistenciais e reduzindo a qualidade de vida, sendo assim entendemos que a fisioterapia é uma ciência que resguarda em seu escopo Terapêutico técnicas e intervenções capazes de promover a recuperação em preservação da funcionalidade desses pacientes criticamente enfermos (DAMASCENO, 2007).

Com o crescimento populacional vem aumentando o índice de sobrevida, com isso esta ocorrendo uma demanda de pacientes que necessitam tempo prolongado de ventilação mecânica que vem aumentando consideravelmente, o motivado pelo qual esta sendo realizado trabalho dentro na UTI, resultando, assim, em maior sobrevida para aqueles pacientes com quadro crítico (SILVA; VASCONCELOS, 2008).

A necessidade de suporte ventilatório é decorrente da incapacidade, temporária ou não, do sistema respiratório em desempenhar suas funções, esta incapacidade pode ter origem no próprio sistema respiratório assim como no sistema nervoso central ou no sistema cardiovascular (SILVA; VASCONCELOS, 2008).

O profissional fisioterapeuta, que cuida de pacientes críticos na UTI, devendo conhecer as principais emergências neurológicas e as técnicas de monitorização neurológica, destes pacientes apresentarem quadro clínico distinto, tendo como finalidade minimizar seqüelas funcionais e respiratórias, implicando em melhor retorno e adequação destes à sociedade (PARAIBUNA;ALMEIDA;ANDRADE, 2007).

Eles atuam como parte do atendimento multidisciplinar oferecido aos pacientes críticos, enfermos em unidade de terapia intensiva, sua atuação é extensa e se faz presente em vários segmentos do tratamento intensivo, como no atendimento a pacientes críticos que

necessitam de suporte ventilatório, como também na assistência durante a recuperação ps cirúrgica, visando evitar complicações respiratórias e motoras durante a assistência desses pacientes graves. O profissional fisioterapeuta tem importante participação, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial à intubação, evolução do paciente durante a ventilação mecânica, interrupção e desmame do suporte ventilatório e extubação (JUNIOR et al;1999).

A estratégia é um modelo de gestão, onde em conjunto com a qualidade, garante a sustentabilidade através do sucesso financeiro, satisfação do cliente, melhoria contínua, além dos benefícios desse enfoque incluem desde integração, e até a maior eficiência e efetividade nas decisões clínicas. A equipe multidisciplinar tem condição de tomar decisões estratégicas com base em opiniões que exprimem as diferentes realidades, o que tem impacto na melhoria do atendimento e adequação do orçamento da unidade (FERNANDES et al.,2011).

2.2 PRINCÍPIOS GERAIS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

De acordo com Seiberlich et al; (2011) as estratégias de ventilação mecânica vêm sofrendo modificação nas últimas décadas, com tendência ao uso de volumes correntes (VC) cada vez menores, principalmente em pacientes com lesão pulmonar aguda (LPA) ou síndrome da angústia respiratória do adulto (SARA). Porém, em pacientes sem lesão pulmonar aguda o uso de VC altos ainda é muito comum.

Os autores supracitados ainda relatam que durante o uso de ventilação mecânica como protetora na SARA, o surgimento de hipercapnia e acidose respiratória podem ser esperados como parte dessa abordagem. Essa alteração, quando prevista, é chamada de hipercapnia permissiva. Na tentativa de se compensarem essas alterações, pode-se tentar o usa de frequências respiratórias mais elevadas. A queda do ph geralmente é bem tolerada, com nenhuma ou pequenas mudanças no débito cardíaco e na pressão arterial Situações em que a hipercapnia permissiva pode ser deletéria são hipertensão intracraniana, acidose metabólica, hipertensão pulmonar grave, insuficiência do ventrículo direito e síndromes coronarianas.

De acordo com Freitas et al (2005)neuro proteção pode ser definida como uma intervenção, não necessariamente farmacológica, para interferir diretamente nos mecanismos intracelulares, visando o resgate das áreas que apresentam um hipofluxo sendo definida como área de hipoperfu. Dentre as diversas medicações testadas com critérios adequados, é oportuno relacionar as que vêm sendo tradicionalmente usadas em nosso meio e as que demonstraram efeitos significativos nos seres humanos.

Ventilação Mecânica (VM) ou Suporte Ventilatório Mecânico (SVM) consiste em aplicar, de forma invasiva ou não, uma máquina que substitua parcial ou totalmente a atividade ventilatória espontânea de um paciente. Estes aparelhos vêm se aperfeiçoando, e com isso reduzindo as repercussões fisiológicas em relação aos problemas causados pelo método, e dessa forma aumentando sua eficácia de monitorização, introduzindo novos recursos com segurança, causando a inúmeros efeitos em vários órgãos, e necessidade de um suporte ventilatório. É decorrente da incapacidade, temporária ou não, do sistema respiratório em desempenhar suas funções, incapacidade podendo ter origem no próprio sistema respiratório, como também no sistema nervoso central ou no sistema cardiovascular (BERALDO, 2007).

Como refere Carvalho e Frnaça (2007) a ventilação mecânica se faz através da utilização de aparelhos que, intermitentemente, insuflam as vias respiratórias com volumes de ar, o movimento do gás para dentro dos pulmões ocorre devido à geração de uma gradiente de pressão entre as vias aérea superiores e o alvéolo, podendo ser conseguido por um equipamento que diminua a pressão alveolar ou que aumente a pressão da via aérea proximal. Os critérios para utilização da ventilação mecânica variam de acordo com suas finalidades que se deseja alcançar, em situações de urgência, especialmente quando o risco de vida não permite boa avaliação da função respiratória, a impressão clínica é o ponto mais importante na indicação de ventilação mecânico sendo o seu princípio é gerar um fluxo de gás que produza determinada variação de volume com variação de pressão associada essas variações são possíveis para que ocorra a liberação de fluxo enorme.

De acordo com Mônica e Almeida (2009), a decisão de iniciar a ventilação mecânica depende do julgamento clínico em frente a um quadro de insuficiência respiratória aguda, as indicações incluem a presença de importantes alterações gasométricas, inadequadas resposta ao tratamento clínico e o excessivo trabalho respiratório com evidência de fadiga da musculatura respiratória, excetuando-se os casos de falência cardiorrespiratória, proteção de

vias aéreas e ou apnéia, nos quais a indicação de suporte ventilatório é indiscutível, não existem outras situações em que a indicação de ventilação mecânica não mereça uma avaliação crítica pelo médico, qualquer outro critério de indicação do suporte ventilatório não deve ser considerado absoluto ou infalível. Porém, alguns parâmetros visam auxiliar na decisão da indicação de ventilação mecânica.

Segundo Carvalho e Franca (2007), os pacientes em ventilação mecânica prolongada são freqüentemente descondicionados e limitados do ponto de vista cinético-funcional, existem fatores que contribuem de maneira independente para as anormalidades neuromusculares, a gravidade e duração da falência de órgãos entre os efeitos adversos dos medicamentos utilizados e, a imobilização prolongada, fraqueza da musculatura esquelética periférica, associada à fraqueza dos músculos respiratórios, influencia a perda funcional e a qualidade de vida relacionada à saúde.

Terceiro consenso brasileiro de ventilação mecânica (2007), a ventilação mecânica é um procedimento utilizado na unidade terapia intensivo, junto com a abordagem adequada dos métodos ventilatórios são de fundamental importância para a recuperação dos pacientes críticos. A aplicação de protocolos com a finalidade de manutenção do rigor técnico no controle das rotinas relacionadas à técnica pode, sem dúvida, atuar na prevenção das complicações, com a diminuição dos custos e conseqüentemente no sucesso do desmame, os pacientes que necessitam da ventilação mecânica invasiva precisam de maior quantidade de sedação para o controle da agitação e ansiedade, que tem um impacto direto sobre o tempo da ventilação mecânica dos pacientes criticamente enfermos, podendo levar a diminuição do seu tempo de extubação, o seu tempo de internação na Unidade terapia intensiva.

A ventilação mecânica é uma das razões pelas quais um paciente é interno na unidade terapia intensiva visando promover o repouso da musculatura respiratória e trabalho da ventilação, expresso em custo de oxigênio a sincronia paciente ventilador tem relação com o trabalho ventilatório para melhor relaxamento e repouso da musculatura inspiratória (SILVA; VASCONCELOS, 2008).

Para Sarmento e Schettino (2005), a decisão da assistência ventilatória assumida desde o momento do atendimento inicial são uma oportunidade única para que se evitem seqüelas posteriores. A grande maioria das lesões traumáticas provoca alterações funcionais pulmonares, mas apenas distúrbios mecânicos no ritmo respiratório, podendo causar retenção ou queda exagerada de CO2 levando a uma hipóxia, sendo necessária a ventilação mecânica nos primeiros dias para que se possam regular os gases sanguíneos.

2.3 SEDAÇÃO E ANALGESIA

A sedação e analgesia são elementos essenciais para o tratamento do paciente crítico submetido à ventilação mecânica. A maioria dos pacientes internos na UTI experimenta dor, medo e ansiedade. Os principais objetivos da sedação incluem reduzir a resistência à ventilação mecânica, tratamento de distúrbios psiquiátricos ou problemas relacionados à abstinência de substâncias de abuso, restauração da temperatura corpórea, redução da ansiedade, facilitação do sono e redução do metabolismo (MORITYZ;MACHADO;PINTO, 2008).

Para Sakata (2010), os pacientes críticos apresentam importantes alterações na farmacologia dos analgésicos, muitas vezes, não é possível administrar fármacos por via oral, a absorção da medicação administrada por via oral é imprevisível em paciente com alteração da função gastrintestinal e diminuição do fluxo sanguíneo esplâncnico. Enquanto na hipotensão arterial, trauma, sepse, hipoxemia e no uso de alguns medicamentos, há redução do fluxo sanguíneo hepático e da depuração dos fármacos.

Para o consenso brasileiro para sedação e analgesia em UTI (2009) sugere que, a avaliação periódica da intensidade e qualidade da analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular deve ser incorporada à rotina da monitorização clínica em UTI, a monitoração da sedo analgesia do paciente crítico deve ser de rotina nos ambientes de terapia intensiva. A avaliação da dor e da sedação é particularmente complexa na UTI porque, muitas vezes, os pacientes mostram-se incapazes ou impossibilitados de se comunicar verbalmente com os profissionais, em que esse paciente não se comunica por diversas razões: intubação traqueal, alteração da consciência, sedação, efeito de medicamentos entre vários outros motivos.

De acordo com Silva e Borges (2008), o uso de sedação em terapia intensiva deve ser criteriosamente acompanhado de por uma avaliação em relação aos níveis de sedação atingidos, com finalidade de evitar uma sedação profunda desnecessária, com isso reduzindo tempo de ventilação mecânica e internamento. O método de avaliação da sedação ideal deve apresenta sensibilidade e especificidade satisfatórias, simplicidade, reprodutividade, aplicação rápida, mínimo desconforto para o paciente, e não necessitar de exames complementares, para que possa ser utilizado à beira do leito a qualquer momento por todos os membros da equipe da UTI.

As UTI são ambientes extremamente estressantes, onde a ansiedade é prevalente, a dor freqüente, o repouso difícil e o sono muitas vezes impossível pelo o uso de Sedativos e analgésicos são utilizados, tanto para aumentar a tolerância ao tratamento intensivo quanto para diminuir as suas respostas fisiológicas ao estresse (MORITYZ;MACHADO;PINTO, 2008).

Segundo Slullitel e Souza (2006), entre os agentes farmacológicos disponíveis para a sedação, os opióides são drogas que, além do seu efeito analgésico, promovem sedação importante e são empregados em pacientes requerendo ventilação mecânica, pois inibem a ventilação, bem como o reflexo de tosse. São empregados em associação como os benzodiazepínicos com o propofol.

Segundo Silva e Gomes (2005), o paciente interno em UTI está constantemente exposto a intenso sofrimento psíquico causado pelo medo, ansiedade, distúrbios do sono-vigília, manipulação desconfortável e imobilidade no leito. Tudo isso pode desencadear quadros psicóticos com agitação leve ou até mesmo intensa agressividade e violência, expondo ao risco a integridade física do paciente e da equipe, e comprometendo a sua recuperação.

O delicado equilíbrio homeostático do paciente crítico sofre influência dependente da intensidade e duração dessa resposta humoral. Considerando-se que a persistência do estímulo álgico aumentaria o risco de desfechos desfavoráveis durante a internação, a utilização criteriosa de sedação em terapia intensiva traz o duplo benefício de restabelecer o bem-estar físico e psíquico do paciente, ao mesmo tempo em que previne alterações metabólicas potencialmente nocivas à homeostasia (SILVA;GOMES, 2005).

2.4 GASOMETRIA ARTERIAL

Pensando em criar cuidados mais específicos a depender do quadro clínico, começou a serem implantadas em alguns hospitais do Brasil as unidades especializadas que cuidam de pacientes críticos, a estas, denomina-se UTI, pelo qual há vários aparelhos tecnológicos, principalmente aqueles relacionados ao auxílio da manutenção da vida esses aparelhos são a ventilação mecânica, oxímetro de pulso, monitores cardíacos, aparelhos de precisão nos

resultados dos exames laboratoriais, que por sua vez, auxiliam na elaboração diagnóstica, bem como na terapêutica a ser empregada (ABRAHÃO, 2006).

A busca por conhecimentos acerca do que abrange a diagnóstica troca de gases prejudicada, do grau de comprometimento do estado de saúde, bem como dos resultados esperados em cada paciente fornece embasamento para elaborar um plano de cuidados que atenda às necessidades particulares desta clientela, contribuindo para que a implementação de ações sejam mais eficazes e rápidas com vistas a resolver os problemas identificados (ABRAHÃO, 2006).

Segundo Duarte (2010), em ambientes especializados, como nas unidades de terapia intensiva, é de crucial importância determinar-se, com precisão, certos parâmetros fisiológicos, sobretudo a gasometria, permitindo o norteamento de decisões terapêuticas, nos pacientes críticos, admitidos nessas unidades. A gasometria reflete o estado metabólico de todo o organismo e não apenas de determinados tecidos localizados.

De acordo com Rocco (2007), o reconhecimento dos mecanismos homeostáticos que controlam o equilíbrio ácido-basico é fundamental, pois os distúrbios ácido-basico estão associados a maior risco de disfunção de órgãos e sistemas e óbito em pacientes internados em terapia intensiva. Para reconhecer esses mecanismos, o passo fundamental é a realização do diagnóstico do distúrbio do equilíbrio ácido-basico.

2.5 ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

Dentre as medidas utilizadas para manter a permeabilidade das vias aéreas na UTI, a aspiração endotraqueal é considerada um procedimento necessário e rotineiro, porque a manutenção da permeabilidade das vias aéreas tem sido o maior desafio e um dos principais objetivos da assistência a pacientes, em que o acúmulo de secreção traqueobrônquica é inevitável (JÚNIOR; RECHE; VIGATO**,** 2001).

De acordo com AMARAL (2001), a aspiração é o método mais eficaz de proteção das vias aéreas em pacientes, estudos realizados em pacientes intubados na unidade de terapia intensiva, verificou que os mecanismos envolvidos talvez sejam a micro aspiração através da glote por pequenos canais entre da mucosa da traquéia, fazendo com que o paciente com a

retirada da secreção ele sinta um conforto respiratório demonstrou diminuir significativamente o vazamento do conteúdo em relação quantidade de secreção.

Como relata (PASINI et al.,2007), a aspiração endotraqueal é um procedimento que visa remover as secreções e manter as vias aéreas do paciente permeáveis, tais procedimento deve ser realizado seguindo técnicas asséptica s o que requer um exaustivo treinamento da equipe, no qual é treinada para executar a técnica de aspiração endotraqueal seguindo um protocolo pré-estabelecido, portanto, observamos na prática, que muitas vezes na ânsia de aliviar o paciente hipersecretivo, alguns passos da técnica de aspiração endotraqueal são daquelas que já são inerentes ao procedimento como, queda na saturação arterial de oxigênio em pacientes que requerem pressão final expiratória positiva e fração inspirada de oxigênio elevados, pneumonia, aumento da pressão intracraniana, atelectasia e instabilidade hemodinâmica.

A técnica de aspiração pelo sistema aberto requer a desconexão do paciente do ventilador mecânico para introduzir, de forma asséptica, a sonda para sucção das secreções (PASINI et al.,2007).

Segundo Lopes; Lopez (2009) a aspiração traqueal torna- se parte essencial no cuidado de pacientes com via aérea artificial para manter a permeabilidade das vias aéreas se garantirem boa ventilação e oxigenação, esse procedimento causa várias complicações como traumatismo brônquico, broncoespasmo, hipoxemia em pacientes que necessitam de pressão positiva expiratória e fração inspirada de oxigênio elevadas, instabilidade hemodinâmica.

De acordo com Rose e Monteiro (2007) as complicações relacionadas ao seu uso incluem lesão traqueal, barotrauma e volutrauma, diminuição do débito cardíaco e toxicidade pelo uso do oxigênio, isso, em pacientes sob ventilação mecânica invasiva que tendem a acumular secreções respiratórias devido à tosse ineficaz, em detrimento do não fechamento da glote e prejuízo no transporte do muco pela presença do tubo traqueal.

Segundo Almeida e Andrade (2007) a aspiração traqueal torna-se imprescindível, pois protege as vias aéreas, evita a hipoxemia e previne a hipoventilação, evitando aumentos da pressão intracraniana e alterações na pressão de perfusão cerebral.

Segundo Pazin e Soares (2007) a aspiração é freqüentemente indicada, pois facilita a remoção de secreções pulmonares, diminui o desconforto com a via aérea artificial e aumenta à mobilidade do paciente no leito esses benefícios possibilitam a redução do tempo de ventilação artificial, da incidência de pneumonia e do tempo de internação hospitalar.

2.6 MOBILIZAÇÃO NO LEITO E FISIOTERAPIA MOTORA

O exercício terapêutico é considerado um elemento central na maioria dos planos de assistência da fisioterapia, com a finalidade de aprimorar a funcionalidade física e reduzir incapacidades, inclui uma ampla gama de atividades que previnem complicações como encurtamentos, fraquezas musculares e deformidades osteo articulares e reduzem a utilização dos recursos da assistência de saúde durante a hospitalização ou após uma cirurgia (KENIA;CRUZ,2010).

Segundo Morreira (2009) o desenvolvimento de fraqueza generalizada relacionada ao paciente crítico é uma complicação importante e comum em muitos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva além de suas condições prévias, vários são os fatores que podem contribuir para ocorrência desta fraqueza, incluindo: inflamações sistêmicas, uso de alguns medicamentos, como corticóides, sedativos e bloqueadores neuromusculares, descontrole glicêmico, desnutrição, hiperosmolaridade, nutrição parenteral, duração da ventilação mecânica e imobilidade prolongada.

De acordo com Kenia e Cruz (2010) o paciente crítico internado em UTI apresenta restrições motoras graves, o posicionamento adequado no leito e a mobilização precoce do paciente podem significar as únicas possibilidades de interação do indivíduo com o ambiente e devem ser considerados como fonte de estimulação sensório-motora e de prevenção de complicações secundárias ao imobilismo.

Segundo Luque et al; (2010) dentre as práticas recomendadas ao doente crítico, a utilização da prancha ortostática para promover os benefícios do ortostatismo assistido tem sido sistematicamente recomendada pelas diretrizes de cuidados críticos o uso do ortostatismo pode promover benefícios hemodinâmicos e cardiorrespiratórios, como: o aumento da ventilação, melhora da relação ventilação-perfusão e melhora da função cardiorrespiratória. A posição ortostática proporciona aumento dos volumes pulmonares, melhor expansibilidade da caixa torácica e elasticidade pulmonar, sugerindo uma higienização brônquica mais efetiva e melhora depuração muco ciliar.

Segundo Kenia e Cruz a (2010) o paciente crítico internado em UTI apresenta restrições motoras graves, o posicionamento adequado no leito e a mobilização precoce do paciente podem significar as únicas possibilidades de interação do indivíduo com o ambiente

e devem ser considerados como fonte de estimulação sensório-motora e de prevenção de complicações secundárias ao imobilismo.

Ainda os autores relatam que o desuso, como no repouso, inatividade ou imobilização de membros ou corpo e a perda de inervação nas doenças ou injúrias promovem um declínio na massa muscular, força e endurance com a total imobilidade, a massa muscular.

No estudo Cordeiro et al. (2008), em uma análise retrospectiva, avaliaram a prevalência e magnitude de fraqueza em pacientes submetidos à ventilação mecânica prolongada e o impacto de um programa de reabilitação nas variáveis do desmame, força muscular e estado funcional, encontraram melhoras significativas, como aumento da força de membros superiores e inferiores, aptidão nas transferências, locomoção, subir descer degraus e no tempo de desmame.

De acordo com Kenia; Cruz (2010) num estudo prospectivo, randomizado e controlado, verificaram o efeito de seis semanas de exercícios com o objetivo de treino de força respiratória e de membros superiores e inferiores, também em pacientes sob ventilação mecânica prolongada, o programa era realizado cinco vezes por semana e consistia em um treino de força muscular respiratória e dos membros, que variava entre mobilizações ativas, resistidas com uso de pesos, treinos funcionais e deambulação. A força e o status funcional do grupo de tratamento melhoraram significativamente quando comparado ao grupo controle, este demonstrou uma deterioração tanto da força quanto da funcionalidade, pois, nenhuma intervenção fora realizada, houve também uma redução do tempo de ventilação mecânica.

Os exercícios parecer ser bastante saudável, melhorando a auto-estima e bem – estar, e esta relacionada à diminuição de certas doenças (Luque et al, 2010). Por outro lado estudos relatam que comportamentos sedentários está relacionados com aumento de risco de AVE.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata se de uma pesquisa aplicada, caracterizado por ser exploratório e de abordagem predominantemente quantitativa. A pesquisa aplicada tem como finalidade ampliar conhecimento com intuito de uma prática segura. A caracterização exploratória porque realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma (CERVO; BERVIN, 2002). Aproximadamente quantitativos sendo os resultados realizados em números e análise estatísticos (GIL, 2002).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A pesquisa foi realizada em um hospital regional, localizado na região do alto sertão paraibano. A amostra foi composta por 10 pacientes que estavam internos na unidade terapia intensiva.

3.2.1 critérios de inclusão

- Concordância de participar da pesquisa;
- Ambos os gênero;
- Faixa etária maior que 18 anos;

Paciente admitidos na unidade terapia intensiva

3.2.2 critérios de exclusão

- Preenchimentos incompletos dos prontuários;
- Os pacientes sem diagnóstico;
- Os pacientes que não aceitaram a participar da pesquisa.

3.2.3 riscos e benefícios oferecidos pela pesquisa

A presente pesquisa proporcionará risco mínimo aos seus participantes, uma vez que, serão explorados apenas os dados contidos nos prontuários dos mesmos. Podendo estes riscos ser de ordem moral, como algum constrangimento. E os benefícios de grande proporção, pois está pesquisa visa elucidar as condutas e parâmetros avaliados na unidade de terapia intensiva e ainda contribuirá no enriquecimento de conhecimento acadêmico cientifico.

3.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em um hospital regional, localizado na região do alto sertão paraibano, com a participação de 10 sujeitos de ambos os sexos que estavam internos na unidade terapia intensiva.

O pesquisador responsabilizou – se através do termo de compromisso do pesquisador (APÊNDICE A), e com autorização da instituição envolvida através do termo de autorização dos prontuários (APÊNDICE B), responsável pelo local onde foi realizado a pesquisa

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário elaborado e validado pela pesquisadora (APÊNDICE C), através do qual pretende- se realizar um levantamento das condutas utilizadas e parâmetros avaliados na unidade de terapia intensiva, mediante os prontuários dos pacientes. Com isso, os participantes da pesquisa expediram concordância documentada através de um termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), que encontra se no (APÊNDICE D).

3.4 ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram analisados de forma quantitativa, de acordo com as informações que foram coletadas a partir de informações contidas nos prontuários. foram utilizada análise estatística descritiva (média, desvio padrão e porcentagem) e $P < 0,05$ será considerado

estatisticamente significativo. O software utilizado para análise estatística será o GraphPad Prisma 5.0 (San Diego, CA, EUA). Esses dados foram agrupados e distribuídos em forma de gráficos e tabelas, que posteriormente serão debatidos de acordo com a literatura especializada.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em obediência a ética necessária ao estudo envolvendo seres humanos cumpriu – se as recomendações da resolução 196/96 do conselho nacional de saúde/ CNS, para tanto, incluído ao termo de compromisso do pesquisador (APÊNDICE A) juntamente com esse protocolo 036/2012, a pesquisa que foi encaminhada ao comitê de ética e pesquisa/CEP para aprovação. Vale ressaltar que o termo do compromisso do pesquisador resguardou a autonomia dos participantes, preservação do anonimato e o sigilo com relação ás informações concedido. A pesquisa em questão acarretara mínimo risco que pode ser de ordem moral, causando constrangimentos aos pacientes pelo qual seram aplicados os questionários. Os participantes visto que se trata de um procedimento seguro porque seram utilizados prontuários.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 RELATANDO SOBRE OS RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO

A amostra deste estudo foi constituída por 10 pacientes, que estava internos na unidade terapia intensiva, com idades máximas de 76 e mínimas 48 anos, com predomínio do gênero masculino. As características gerais da amostra estudada são mostradas na tabela 1 em seguida a caracterização clínica envolvidos neste estudo está demonstrada na tabela 2.

De acordo com a tabela 1, observa – se às características dos 10 pacientes que estavam internos na UTI, cuja analise de dados mostraram que quanto ao gênero houve um predomínio para o gênero masculino apresentando 60% dos casos. Em relação ao estado civil verificou- se um maior percentual com 70% casado, em analogia à profissão verificou se que há um maior taxa em aposentados com 50%.

Tabela 1 - Características gerais dos pacientes internos na unidade terapia intensiva

Variáveis	n	Percentual
Idade	**10**	**64,66±3,3**
Gênero		
Masculino	**6**	**60%**
Feminino	**4**	**40%**
Estado civil		
Solteiro	**2**	20%
Casado	**7**	70%
Viúvo	**1** 0	10%
Profissão		
Aposentado	**5**	50%
Agricultor	**1**	10 %
Do lar	**2**	20%
Motorista	**1**	10%
Servidor público	**1**	10%

Fonte: Dados da pesquisa, 2012
n: tamanho amostral;%: porcentagem.

Estudo realizado por Oliveira; Lima e Nascimento (2009), com uma amostra de 113 pacientes dividida em dois grupos; obteve-se como média de idade 64,8 e 67,5 anos bem como prevalência do sexo masculino 75% e 64,9%. Albuquerque et al (2000), também em seu

estudo com uma amostra de 315 pacientes, confirmou a prevalência do sexo masculino 53% bem como idade média de 68 anos, confirmando assim os achados no presente estudo.

Esse estudo vai de encontro com, Lopes e Lópes (2009), em relação ao sexo, 21 (70%) dos pacientes eram do sexo masculino e 9 (30%) do sexo feminino. Dentre as doenças associadas, 14 (46,67%) pacientes tinham hipertensão arterial sistêmica, 13 (43,33 %) diabetes mellitus e 6 (20%) insuficiência cardíaca congestiva. Com relação aos hábitos sociais 9 (30%) pacientes eram tabagistas e 3 (10%).

Relata Guerra e Colomé (2011) insuficiência renal, apresentou uma freqüência de 21% dos pacientes internados na UTI. Em relação ao sexo, os dados encontrados concordam com os existentes na literatura, ou seja, alguns autores relatam que aproximadamente 65% dos pacientes internados em UTI que desenvolvem IRA são do sexo masculino 16,17.

Esses estudos Fernades et al (2011), dos pacientes avaliados, 74 (26,5%) possuíam idade entre 60 e 65 anos; 98 (29,5%) entre 66 e 70 anos; 81(24,4%) entre 71 e 75; 48 (14,5%) entre 76 e 80 e 17(5,1%) entre 80 e 91 anos. A incidência de infecção hospitalar foi de 14,7% na faixa etária de 60 e 65 anos; de 20,4% entre66 e 70 anos; 14,8% entre 71 e 75;16,6% entre 76 e 80 e 47% entre 80 e 91 anos ($p<0,05$).Quanto ao sexo, 145 pacientes (43,7%) eram do sexo masculino e 187 (56,3%) do feminino. Não houve diferença na ocorrência de infecção hospitalar entre os sexos ($p=0,33$).

De acordo com Paulo (2009). A idade média dos doentes com AVCI admitidos na enfermaria de neurologia foi 53,4 ±16,4 anos. A proporção de homens foi 62,3% e a proporção de doentes do grupo étnico branco, 77,5% dos pacientes que apresentaram apenas um fator de risco, 26,2%, dois fatores e 14,7%, três ou mais. Vinte e três pacientes (12%) apresentavam história prévia de AVC.

De acordo com a tabela 2, verificou - se que a maioria das internações era devido insuficiência respiratória com percentual de 2-2% em relação às outras patologias, AVE, pneumonia, insuficiência renal, edema agudo do pulmão, encefalopatia Hepática, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, choque cardiogênico, síndrome da angustia respiratória, verificou que não houve uma elevada prevalência.

Tabela 2 - Caracterização Clínicas dos pacientes internos na unidade terapia intensiva

Variáveis	n	Percentual
Tipo de paciente		
Unidade terapia intensiva		
Diagnóstico		
AVE	**1**	**1-1%**
Pneumonia	**1**	**1-1%**
Insuficiência respiratória	**2**	**2-2%**
Insuficiência renal	**1**	**1-1%**
Edema agudo do pulmão	**1**	**1-1%**
Encéfalo Patia hepática	**1**	**1-1%**
Insuficiência cardíaca	**1**	**1-1%**
Infarto agudo do miocárdio	**1**	**1-1%**
Choque cardiogênico	**1**	**1-1%**
Sindrome da angustia respiratória	**1**	**1-1%**

Fonte: Dados da pesquisa, 2012
n: tamanho amostral;%: porcentagem.

Em um estudo realizado por Cordeiro et al (2008), mostraram que há uma prevalência de 36%dos pacientes com insuficiência respiratória acima de 70 anos de idade, entretanto, em outros estudos realizados com pacientes internados em UTI mostrou que a idade prevalente foi de 53,4 anos em média, sendo que 19% tinham idade acima de 70 anos 16,17. Observou-se que 20% dos pacientes que entraram na UTI estavam em período pós-operatório e estão a relacionadas insuficiência respiratória, variando de 35,5% a 51% de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico antes da instalação da insuficiência respiratória na unidade terapia intensiva UTI .

De encontro com (Haussen; Maia, 2011), o suporte inicial aos pacientes com insuficiência respiratória agudo deve ser baseado na utilização de drogas bronco dilatadoras, no tratamento da causa desencadeante, na administração de corticosteróides sistêmicos e a suplementação de oxigênio,quando há a necessidade de suporte ventilatório, deve-se tentar inicialmente a instituição de ventilação mecânica invasiva, sendo dessa forma coerente com tratamento, preconizado pela literatura médica, o que pode explicar a alta porcentagem de

sobrevida durante a internação na UTI observada nessa população. A causa mais frequente de internação na UTI foi exacerbação insuficiência aguda, observada em 11/24 pacientes (45,83%), seguida por pneumonia adquirida na comunidade, em 8/24 pacientes (33,33%), e por causas cardiológicas (arritmia, edema pulmonar e evento isquêmico), em 3/24 pacientes (12,50%).

Segundo Moreira e Silveira (2007), relata que a insuficiência respiratória é uma das principais causas de internações e complicações finais de doenças graves, observou-se 73,33% de causas extra pulmonares, sendo as mais freqüentes: ICC (16,67%), AVE (13,33%), seguidos por IRA e IRC ambas com (10%). As causas intrapulmonares corresponderam a 46,67%, sendo as mais freqüentes: BCP (26,67%), PNM (20%) e DPOC (6,67%).

Silva e Pontes (2010), em seu estudo, mostrou que a insuficiência respiratória é um dos fatores mais freqüentemente associados ao óbito de pacientes críticos com Insuficiência Renal Aguda. A média de idade dos pacientes analisados foi de 61 com desvio-padrão de 16,18 anos. Quanto ao tempo de internação, a média foi de 11,46 dias com desvio-padrão de 9,36, sendo que os pacientes idosos permaneceram internados com uma média de 10,38 dias com desvio-padrão de 8,87 e os pacientes adultos com uma média de 12,81 dias com desvio-padrão de 9,98 indicando uma distribuição heterogênea dos valores com relação a tais características, como pode ser observados.

Relata Garcia et al (2005), a incidência insuficiência renal em 70% dos casos, e explica ainda que a insuficiência renal ou parenquimatosa seja responsável por cerca de 25% dos pacientes, que em sua maioria desenvolvem necrose tubular aguda. Entretanto, dados encontrados em pesquisas apontam que a necrose tubular aguda é a forma mais freqüente de insuficiência renal sendo, responsável por 70% dos casos.

Na tabela 3, Verificaram que os pacientes que estavam na UTI, que permaneciam utilizando as estratégias neuro protetoras pode – se observa que, em relação ao tempo de internação, uma media aproximadamente de 6,5±1,15.

Tabela 3 - Tempo de internação na unidade terapia intensiva

Variáveis	n	Dias
Unidade terapia intensiva	**10**	**6,5±1,15**

n: tamanho amostral;%: porcentagem.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012

De acordo com Morityz (2005), as UTI constituem um avanço no cuidado dos pacientes criticamente enfermos o cuidado intensivo fundamenta-se na tríade: paciente grave, equipamentos de alta tecnologia e equipe multiprofissional especializado, os perfil dos pacientes que internados nas UTI tem mudado nos últimos anos com envelhecimento da população tem levado ao aumento da prevalência de doenças crônico degenerativas, as vítimas destas doenças, geralmente com intercorrências agudas, são admitidas cada vez com maior freqüência nas UTI.

Brasil (2004) define infecção hospitalar como aquela adquirida após a admissão do paciente e cuja manifestação ocorreu durante a internação ou após a alta, podendo ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares, durante a internação, o paciente idoso tem maior chance de desenvolver infecção hospitalar. Os idosos freqüentemente necessitam de internação hospitalar para cuidados de suas condições clínicas. Porém, a infecção adquirida em ambiente hospitalar assume grande importância nesse grupo etário devido à alta taxa de letalidade o indivíduo idoso está mais suscetível a adquirir infecção hospitalar devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos.

Em quanto os estudos de Yamamoto (2005). O tempo médio de foi de 16,8±13,8 dias. 29,6% dos pacientes ficaram internados por menos de 10 dias, 46,8% por 10 a 20 dias e 23,7% por mais de 20 dias. Na análise multivariável, o único fator que se correlacionou significativamente com o tempo de internação maior que 16 dias foram à presença de complicações no qual foram registrados cinco óbitos (2,6%), entre estes casos, três ficaram internados por mais de 20 dias e todos apresentaram alguma complicação durante a internação.

Segundo Paulo (2009), a taxa de mortalidade após é variável na literatura os estudos relatam uma taxa de mortalidade em três meses de 14%, sendo as complicações clínicas responsáveis por 51% desses óbitos.

A maior taxa de complicações e o prolongamento da internação em doentes maiores de 45 anos, comparados a doentes mais jovens, e o tempo de internação relativamente longo em nosso serviço devem ser considerados no planejamento e organização do atendimento. Providências que podem vir a ter grande impacto em saúde pública incluem organização do atendimento, otimização da realização de exames complementares, além de procedimentos simples como a prevenção de pneumonia aspirativa. Tais medidas têm o potencial de contribuir para a diminuição do tempo de internação, da morbidade e do impacto financeiro (PAULO, 2009)

De acordo com a tabela 4, os parâmetros ventilatórios da UTI, mostraram que ocorreu com alta prevalência no qual verificou um VC (483,50±12,7); FR (18,5±1,5 ipm); SPO2(96,7±1,26); FIO2(39,8±3,28).

Tabela 4 – Parâmetros para ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

Parâmetros para ventilação mecânica na UTI
VC: 483,50±12,7
FR: 18,5±1,5
SPO2: 96,7±1,26
FIO2: 39,8±3,28

n: tamanho amostral;%: porcentagem.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012

Seiberlich et al (2011). Em um trabalho publicado na Revista Brasileira de Anestesiologia avaliou as modalidades ventilatórias utilizadas por anestesiologistas em todo o Brasil no periodo operatório por meio de um questionário.Demonstrou-se que 94% fazem uso de PEEP rotineiramente,enquanto 86,5% fazem uso de FiO2 entre 40% e 60%.Manobras de recrutamento alveolar no intra operatório foram realizadas por 78,4%, porem apenas 30% utilizavam estratégias protetoras de ventilação mecânica com volume corrente inferior a 7mL.kg

O Segundo Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007), a ventilação mecânica no intra operatório em pacientes sem doença pulmonar, recomendando aplicação, FiO2 entre 30% a 40%ou a menor FiO2 para manter a saturação de oxigênio acima de 98% .

De acordo com Marchado (2006), existe uma duvida na literatura medica sobre a monitoração do paciente crítico em melhorar o desfecho na mortalidade na unidade terapia intensiva, mostrou impacto na monitorizarão do paciente crítico, verificou que anormalidade na freqüência respiratória e volume corrente são comuns em pacientes graves.

Este estudo vai de encontro com Roco (2007), aplicou um questionário no qual observou que apenas o parâmetro FR foi citado por todas as respostas e outros cinco parâmetros foram mencionados por mais de 75% dos fisioterapeutas (FC, VC, Ve, SaO2 e PaO2/FiO2). Curiosamente, os parâmetros FR e VC foram descritos em 100% e 89% das respostas, respectivamente mostrando que ocorreria um amento da freqüência respiraria e o volume corrente.

Em um estudo realizado Ferreira et al. (2005), o volume corrente os mesmo, para garantir uma mesma ventilação minuto e ajustado conforme o peso ideal com valores freqüentemente utilizados na prática clínica.

De acordo com Moreira (2009), observou-se um decréscimo na freqüência respiratória 5 minutos após a mobilização passiva, em relação ao estado inicial de repouso, tendo se mantido, até os 15 minutos sempre abaixo do valor de repouso.

Segundo Fernandes (20011), no estudo apresentou os maiores valores para pacientes, com freqüência respiratória, apresentou 16 a 19 irpm. A fração inspirada de oxigênio (FiO2) teve valores entre os modos VCV, PCV e PSV, e os pacientes que ventilava em PCV - FiO2 .

De acordo com gráfico 5, verificou que os pacientes que estavam internos na UTI, foram submetidos a vários procedimentos, dentre eles estão as estratégias neuro protetora que tem como função diminuir a extensão da área comprometida, em cuja analise observou-se uma prevalência a ventilação mecânica, gasometria, aspiração, sendo que a sedação e a mobilização motora verificou uma menor prevalência.

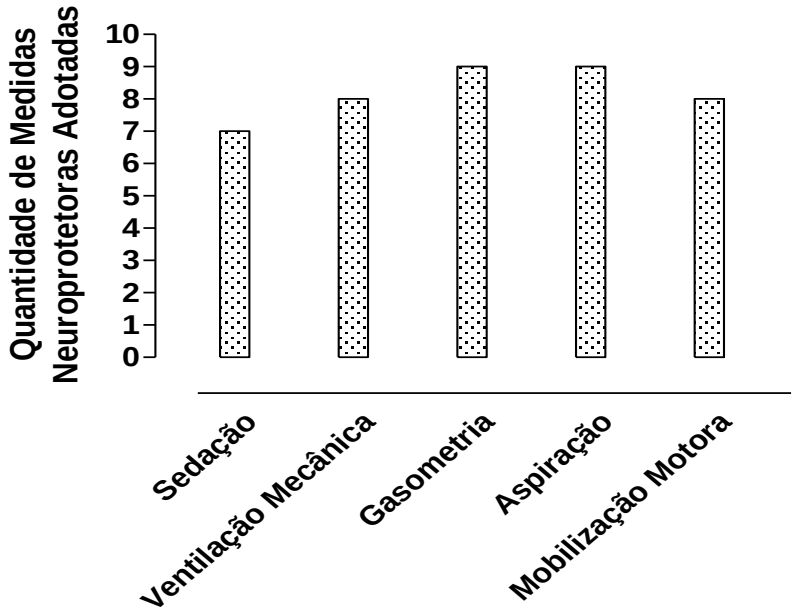


Gráfico 1 - Estratégias de avaliação e condutas utilizadas
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Esse estudo é confinado por Seiberlich et al (2011),que ao realizar um estudo com 52 pacientes compararam os níveis de interleucina em pacientes submetidos a esofagectomias devido a câncer, ventilados com ventilação mecanica convencional (VC 9 mL.kg-1 de peso ideal e sem PEEP) e ventilação mecanica protetora (VC 5 mL.kg-1 de peso ideal e PEEP 5 cmH2O). Pacientes que receberam VC protetora apresentaram níveis menores dos fatores inflamatórios tanto ao final da ventilação pulmonar, quanto 18 horas após acirúrgia. A ventilação mecânica protetora também resultou em melhor relação pressão parcial de oxigênio e FiO2 durante a ventilação pulmonar e uma hora após a cirurgia, e verificar – se a redução no tempo de ventilação mecânica no pós-operatório.

Em um estudo realizado por Soares e Janahú (2011), Comparando a ventilação mecânica convencional (volume assisto-controlado; VC de 12 mL/Kg; FR: 6 – 35 irpm/min) com a ventilação mecânica protetora (volume assisto-controlado; VC de 6 mL/Kg; FR: 6 – 35 irpm/min. Identifica-se que a ventilação protetora verificou uma melhora na sobrevida, apresenta menos complicações, menor tempo de Ventilação Mecânica, reduzindo a mortalidade em cerca de 34 a 58% dos pacientes com SRDA.

Como relata Yamamoto (2005), que o uso da aspirina nas 48 horas após o AVE isquêmico esteve relacionado à diminuição da letalidade, ocorrendo uma diminuição de um evento fatal ou recorrência de evento vascular, onde de 9 a cada 1000 pacientes tratados. Não

se sabe se esses resultados decorrem de efeito neuro protetor ou de prevenção de novos eventos vasculares

Um estudo realizado por Roco (2006) verificou que existem cerca de 20 a 25 mil casos de pessoas com AVE por ano, das quais: 5000 morrem nos 3 meses a seguir ao AVE; 6900 apresentam alguma dependência; 4000 incapacidade ligeira; 3300 incapacidade moderada; e 2750 incapacidade grave.Sem dúvida que, melhor que o seu tratamento seria a prevenção. Muitos casos poderiam ser evitados com um estilo de vida saudável, enquanto as sequelas, limitadas logo após a sua instalação, através de cuidados emergentes, tratamento em tempo útil e acesso a programas de reabilitação.

No estudo de Pescador et al(2010), mostraram que o pós-condicionamento representa outra promissora estratégia de neuroproteção, uma vez que o pós-condicionamento isquêmico induziu também fortes feitos neuroprotetores, sendo comparados com àqueles do pré-condicionamento. No pós-condicionamento,a tolerância é induzida após a ocorrência de um evento danoso, para tal, aplica-se breves e repetidos episódios de reperfusão e isquemia imediatamente após um período de isquemia sustentada, produzindo menor injúria miocárdica em modelo animal de isquemia

Em outros estudos também realizados pelo mesmo Pescador et al (2010), também se verificou que o pós-condicionamento é eficaz contra a isquemia cerebral sendo que o efeito protetor do pós condicionamento foi comparável com o pré-condicionamento isquêmico, que se refere a uma breve isquemia, que previne um dano isquêmico causada por uma isquemia letal prolongada. O pré-condicionamento com N-metil-D aspartato Viabilidade Celular;(NMDA) aumenta a capacidade das células sobreviverem após um estimulo danoso desta forma se espera o mesmo resultado em pós-condicionamento com NMDA, como o verificado em condicionamento isquêmico.

Em relação à neuro proteção relata Seiberlich et al (2011), estudos mostram que na área da neurociência estão sendo realizados, a fim de esclarecer os efeitos benéficos dos estrógenos e seus mecanismos de neuro proteção no sistema nervoso central (SNC) frente a diversas doenças. Essas pesquisas podem contribuir para o desenvolvimento de novos agentes terapêuticos que possuam mecanismos de ação neuros protetores similares aos estrógenos.

Ainda relata os mecanismos neuro protetores independentes da ativação de receptores intracelulares também são bastante descritos para os estrógenos, em concentrações farmacológicas, as ações do estradiol parecem ser mais rápidas e não envolvem transcrição gênica. Ações mais diretas e profiláticas estão relacionadas à diminuição dos níveis de

colesterol sangüíneo e de sua ação sobre o endotélio vascular, como no estímulo de enzimas que promovem vaso dilatação.

Os mecanismos de neuro proteção têm focalizado principalmente o efeito excititoxidade que leva a morte neuronal disparada pelo transmissor exitatorio, o Glutamato e a media influxo de cálcio em níveis citotóxicos (Roco et al.,2009).

De acordo com Moreira (2009), a citicolina foi testada em vários ensaios humanos de AVC isquêmico com resultados conflitante, porém meta-análise dos estudos com citicolina oral mostrou eficácia da droga quando usada nas primeiras 24 horas em pacientes com quadro moderados e graves obteve boa recuperação. .

Em um estudos realizado por Freitas et al (2005), com citicolina oral mostrou eficácia da droga quando usada nas primeiras 24 horas em pacientes com quadros moderados e graves de AVE verificou uma boa recuperação aos 3 meses, ocorreu em 25,2% dos pacientes tratados com citicolina 20,2% no grupo Não houve alteração da letalidade no grupo que recebeu citicolina.

Em um estudo realizado por Fernandes et al (2011), a adenosina é um neuro modulador endógeno e suas ações são mediadas via receptores purinérgicos, dentre os quais se destacam os receptores, inibitórios e os receptores facilitatórios têm um papel crucial na modulação e na neuro proteção, promovendo depressão da transmissão sináptica excitatória e proteção contra os efeitos excitotóxicos desencadeados pela alta liberação de glutamato durante a atividade.

O gráfico 6, mostra a porcentagem da caracterização das modalidades, pelo qual os pacientes são submetidos a parâmetros ventilatórios na unidade terapia intensiva sendo ofertadas diversas modalidades com o intuito de favorecer aos pacientes um melhor conforto respiratório, no qual observou – se que a modalidade mais utilizada foi o modo mandatória intermitente sincronizada com volume controlado com 6-60% no daquelas modalidades menos utilizadas foram o modo ventilatório com pressão de suporte e modo intendente sincronizada.

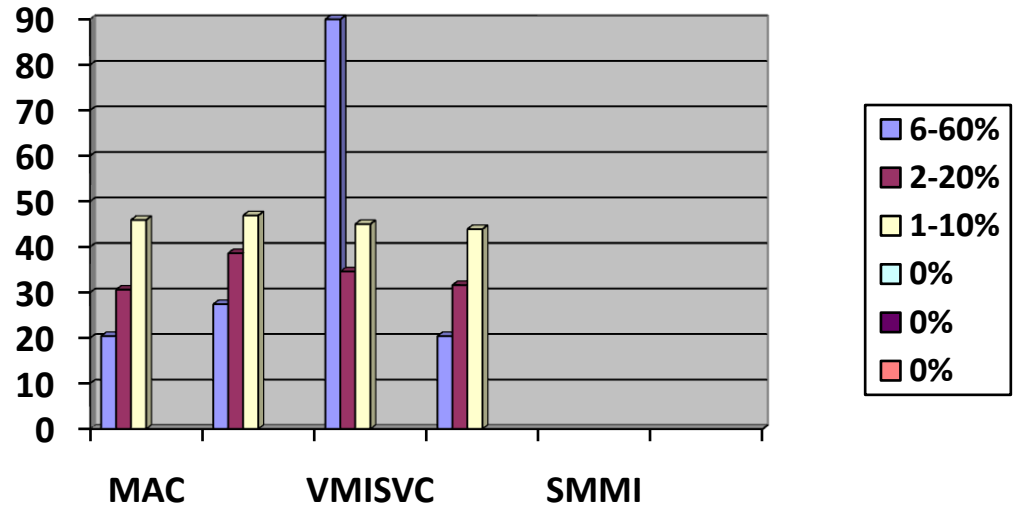


Gráfico -2 Caracterização das modalidades ventilatórias em porcentagem
Fonte: Dados da pesquisa, 2012

-.

No estudo de Luiz; Peixoto; Carvalho (2009), Todos os modos ventilatórios empregados nos pacientes em descontinuação da ventilação mecânica, a pressão de suporte e modo intendente sincronizada (PSV) foi usada em 100% dos pacientes não houve coleta de informações quanto à realização de teste de respiração espontânea para a colocação dos pacientes em desmame ventilatório. a PSV correspondeu a 75,7%, sendo como modo isolado 47 pacientes, ou em associação ao modo modo mandatória intermitente sincronizada com volume controlado (SIMV).

Houve uma discrepâncias de acordo com a Ferreira et al. (2005), a modalidade pressão com suporte, atualmente e mais utilizada pois ele e simples no entanto requer muitos ventiladores sotisficados e conhecimentos técnicos e clínicos e ajustes dos parâmetros, cerca de 15% dos pacientes que estão ma ventilação mandatória intendente em torno 36 % dos que vão ser desmamados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que o predomínio no gênero masculino apresentando 60%, quanto ao estado civil maior parte era casada com 70% em relação à profissão verificou se que há um maior percentual em aposentados com 50%. Em relação as patologia verificou - se que a maioria das internações era m devido insuficiência respiratória com percentual de 2-2%. Sendo que a modalidade mais utilizada foi o modo mandatório intermitente sincronizado com volume controlado com 6-60%.

Dessa forma pôde se concluir a que ainda faltam estudos consistentes para determinar qual seria o melhor modo de avaliar e ventilar os pacientes que estão interna na unidade terapia intensiva, diversas formas de avaliação e condutas na tentativa de melhorar o quadro clínico dos pacientes críticos internos na UTI. Porém ainda vê- se necessário a realização posteriores de outro estudo na área com amostras maiores.

.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Alguns Apontamentos Sobre A História Da Política De Saúde No Brasil. Informe-Se Em Promoção Da Saúde. **2006**

ABRAHAO. A.L.C.L**.** A **Unidade terapia intensiva. Amorim, p, c.enfermagem em unidade terapia intensiva**. São Paulo, Martin Ari, 2010.

ADALBERTOJ. C. Efeito Da Posição Do Prematuro Jornal De Pediatria No Desmame Da Ventilação Mecânica. **J.Pediatria.2003**

ALBUQUERQUE et al .Revista do Hospital Universitário / UFMA, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário. Rer. UFMA**, 2000.**

ALBAL. B;IARAJ.J. Incidência De Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica Em Paciente Submetida À Aspiração Endotraqueal Pelos Sistemas Aberto E Fechado: Estudo Prospectivo – Dados Preliminares. **Rev. Enfer. Ribeirão Preto. 2001**

ALVERNE. D.G.B.M; LINO. J.A; BIZERRIL. D.O.Variações Na Mensuração Dos Parâmetros De Desmame Da Ventilação Mecânica Em Hospitais Da Cidade De Fortaleza.**2008.**

AMARAL. Q.C.Incidência De Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica Em Pacientes Submetidos À Aspiração Endotraqueal Pelos Sistemas Aberto E Fechado:Estudo Prospectivo Dados Preliminares.**Rev. Bras.2001**

ANJOS., et al.O Potencial Da Hipotermia Terapêutica No Tratamento Do Paciente Crítico.**São Paulo.** 2008.

ARANHA. S.C; MOOCK. M; RIBEIRO, M**.** Estudo Comparativo entre Traqueotomia Precoce e Tardia em Pacientes sob Ventilação Mecânica. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**. 2007**.**

ARANHA. S.C; MOOCK. M.M; RIBEIRO. R. Estudo Comparativo Traqueotomia Precoce E Tardia Em Paciente Sob Ventilação Mecânica. **Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2007**.
.

ASSUNÇÃO. M.S.C.,et al.Avaliação De Teste De Tubo T Como Estratégia Inicial De Suspensão Da Ventilação Mecânica. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2006.

BARBOSA et al.Troca De Gases Prejudicada Intenvenções De Enfermagem.**Rev . Eletr,2009**

BERALDO. G.J.M.A. B; et al.Fisioterapia no Paciente sob Ventilação Mecânica**.Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2007

BERNAL. D.A.D. R; SILVA. B.A.K; PEREIRA. D.M.Inluência Do Aumento Do Tempo Inspiratório Na Ventilação Pulmonar De Pacientes Submetidos À Ventilação Mecânica Na Modalidade Pressão Controlada. **Rev. Bras Ter. Intensiva.** 2006**.**

BRAUN. Conhecimento Dos Técnicos De Enfermagem Sobre Precaução Padrão Na Unidade De Tratamento Intensivo Adulto**,2010**

BRASIL – Ministério da Saúde (MS) **Plano Brasileiro De Preparação Para Uma boa saúde** ,2004

BÔASP.J.F. RUIZ.Ocorrência De Infecção Hospitalar Em Idosos Internados Em Hospital Universitário.**Rev. Bras.,2004**

BRAG. C.A.et al.Estratégias Ventilatórias E Oxigênio Terapia Domiciliar Nas Doenças Respiratórias Hipoxemicas. **Rev. FARN. Natal.** 2009.

CARVALHO.C.R.R; JUNIOR.C.T.III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica. **Bras Pneumol. 2007**

CARVALHO. C.R. R; FRANCA. S.A.III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica Ventilação Mecânica. **J. Bras. Pneumol.** 2007**.**

CARVALHO. B.M; Carlos. H.K. Complicações E Tempo De Internação Na Revascularização Miocárdica Em Hospitais Públicos No Rio De Janeiro**. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2011**

CARLOS. R.R.C.Comparação Do Modo Vaps Com Os Modos Volume Controlado E Pressão Controlada Em Pacientes Com Insuficiência Respiratória Aguda**.Rev. Bras.2007**

CARVALHO. **Ventilação Mecânica. Volume I – Básico. Clínicas Brasileiras de Medicina Intensiva,** Ed. Atheneu, 200

CERVO. A.L; BERVIN. P.**A. Metodologia científica.** São Paulo, Pearson, 2002**.**

CORDEIRO et al.Complicações Após Cirurgia De Revascularização Miocárdica Em Pacientes Idosos. Rev Bras Ter Intensiva. 2008

CRESPO. A.S; VIANNA. A; CARVALHO. As Indicações De Ventilação Mecânica Invasiva Com Pressão Positiva. **J. Pneumol. 2000.**

COST. Dirceu. **Fisioterapia Respiratória Básica**. São Paulo, Atheneu. 1999.

DAMASCENO. M.P.C.D.,et al**.**Ventilação Mecânica no Brasil. Aspectos Epidemiológicos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.**2006.

DUARTE et al .Correlação Entre Gasometria Atrial Direita E Índicecardíaco No Pós-Operatório De Cirurgia Cardíaca .**Rev Bras ,2010**

ELOISA. R.S**.** Associação Do Perifle Com Letalidade E Tempo De Internação Em Pacientes Críticos Com Lesão Renal Aguda**. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2009**

ESTEBAN A, ANZUETO A, FRUTOS F II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica,**2007**FAUSTINO. E.A.Mecânica Pulmonar De Pacientes Em Suporte Ventilatório

Na Unidade De Terapia Intensiva. Conceitos E Monitorizarão. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2007.

FERREIRA et al. Comparação dos modos VAPS volume contolado.2005

FERNANDES. J.G. Terapêuticas Sem Evidências De Benefícios No Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Socied. Card. do Rio Grande do Sul.** 2005**.**

FERNANDES., et al.Gestão Em Terapia Intensiva: Conceitos E Inovações. **Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo**. 2011.

FREITAS et al Neuroproteção No Acidentevascular Cerebral. **Arq.Neuro,2005**

GARCIA et al**.**principais Motivos De Internação Do Paciente Com Insuficiência Renal Aguda Na Unidade De Terapia Intensiva**. Arq Ciênc Saúde 2005**

GIL. A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2002.

GUERRA; COLOMÉ .B.Universidade Federal De Santa Maria Hospitaluniverstário De Santa Maria Centro De Ciências Da Saúde ,**2011**

GRAND. L; VIERA. C.S. Oxigênio O Conhecimento Da Equipe De Enfermagem. **Rev. Elet. Enfermagem.**2002.

HAUSSEN; MAIA, Protocolo Assistencial De Asma Aguda Em Adultos**.Rev Brs,2011**

JERRE. GEOGE.,et al**.**Fisioterapia Em Pacientes Sob Ventilação Mecânica. **J. Brs. Pneumol.** 2007.

JÚNIOR .A. P.C. RECHE .P.M.VIGATO.T.C.Análise Da Influência Das Manobras De Fisioterapia Respiratória Nos Dados Vitais Dos Pacientes Submetidosà Neurocirurgia ,**2001**

JÚNIOR. G.R. R;AMARAL. J.G**.** Experiência Clínica Com O Uso De Sedativos Em Terapia Intensiva. Estudo Retrospectivo. **Rev. Bras. Anestesio.** 2002.

JURNIOR. R. Diagnóstico Dos Distúrbios Do Metabolismo Ácida-Base**. Rev. Bras. Ter Intensiva**. 2003.

JULIANA. T.B.S., et al.Mecânica Respiratória De Pacientes Neurocríticos Sob Ventilação Mecânica Submetidos À Umidificação Aquosa Aquecida E A Um Modelo De Filtro Trocador De Calor**. Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2010

KENIA. A.P. S; CRUZ. M.M.R**.** Efeitos Da Fisioterapia Motora Em Pacientes Críticos: Revisão De Literatura**. Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2010.

LOPES. F.M; LÓPEZ. M.F.Impacto Do Sistema De Aspiração Traqueal Aberto E Fechado Na Incidência De Pneumonia Associada À Ventilação Mecânica: Revisão De Literatura. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2009**.**

LUQUE. A., et al. Prancha ortostática nas Unidades de Terapia Intensiva Da Cidade De São Paulo. **São Paulo. 2010.**
LOPES et al.Arquivos Brasileiros de cardiologia. **Rer. Brs. 2000**

LUIZ. V.M. B; CARVALHO. N.A.A. Fisioterapia Motora Em Pacientes Adultos Em Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intens.** 2009..

LUIZ. V.M.B;PEIXOTO. R.C.O.E;CARVALHO. N.A.A.Fisioterapia Motora Em Pacientes Adultos Em Terapia Intensiva.**Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2009.

MACHADO et al. Avaliação Da Necessidade Da Solicitação De Exames complementares Para Pacientes Internados Emunidade De Terapia Intensiva De Hospital Universitário. **Rev. Bras. Ter. 2006**

MARCHADO. P. Revista Do Hospital De Clínicas De Porto Alegre E Faculdade De Medicina Da Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. **Rev. HCPA ,2004**

MOREIRA. M.S. SILVEIRA; B.As principais causas da insuficienciarespiratoria aguda em unidade deterapia intensiva de um hospital publicoda Zona Leste de Sao Paulo. **Arq Med ABC,2007**

MÔNICA. M.O. A; ALMEIDA. L. Manuseio Da Ventilação Mecânica No Trauma Crânio Encefálico: Hiperventilação E Pressão Positiva Expiratória Final. **Rev. Bras. Ter. Intensiva** 2009**.**

MOREIRA, Alterações Ventilatórias Associadas À Mobilização Passiva Em Pacientes Com Traumatismo Crânio Encefálico**. Rev. Bras.2009**

MORITYZ. , D; MACHADO. F.O; PINTO. E.P. Avaliação Do Uso Da Clonidina Para Sedo Analgesia De Pacientes Sob Ventilação Mecânica Prolongada, Internados Em Unidade De Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2008.

MORO.T.E.Prevenção da Aspiração Pulmonar do Conteúdo Gástrico **Rev, Bras**,2004

NETO. J.P. A; CRESPO. A.S; ARAÚJO. M.L.Ventilação Mecânica: Alterações Fisiológicas, Indicações E Parâmetros De Ajuste**. Rev. Bras. Anestesiologia**. 2001.

NEVES. Este Número Da Pulmão-Rj N Vol 14 N 3Nossoagradecimentos,Rev. Pul,2005

NETO. J.B;FARIAS. G.C**. Atendimento Inicial ao Traumatizado Multissistêmico com Lesão Vascular.** São Paulo. 2007**.**

NUNES. W.A; TERZI. R.G.G.Oximetria De Pulso Na Avaliação Do Transporte De Oxigênio Em Pacientes Críticos**. Rib. Preto.** 1999.

OLIVEIR. A.P. O; LIMA. D.V. M; NASCIMENTO. M.A.L.Banho Do Doente Crítico: Correlacionando Temperatura Ambiente E Parâmetros Oxihemo Dinâmicos. **Rev. Referência.** 2009.

PARAIBUNA, L.M.P;ALMEIDA. M.L; ANDRADE. W.Trauma Crânio Encefálico E Síndrome Do Desconforto Respiratório Agudo: Como Ventilar? Avaliação Da Prática Clínica. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2007

PAULO.R .Bacidente Vascular Cerebral Isquêmico Em Uma Enfermaria De Neurologia Complicações E Tempo De Internação. **Rev Assoc Med Bras 2009;**

PAULOJ. V.F.TNIA. Recorrência De Infecção Hospitalar Em Idosos Internados Em Hospital Universitário**. Rev. Bras. 2004**

PASINI. R.L., et al. A Influência Da Traqueotomia Precoce No Desmame Ventilatório De Pacientes Com Traumatismo Crânio Encefálico Grave. **Rev. BRAS. Ter. Intensiva.** 2007**.**

PESCADOR et al .Pré Ou Pós-Tratamento Com N-Metil-D-Aspartatoaumenta A Viabilidade Celular De Camundongossubmetidos Ao Traumatismo Crânio-Encefálico, **2010**

PIVAJ. P; GARCIA. P.C.R; MARTHA. V.F. Distúrbios Do Equilíbrio Acidobásico. **J. Pediatria.** 1999.

SAKATA. R.K. Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. Bras. Anestesio**.2010**.**

SARMENTO GJV, SCHETTINO. **Fisioterapia Respiratória No Paciente Crítico: Rotinas C** SEIBERLICH et al .Ventilação Mecânica Protetora, Por Que Utilizar. **Rev Bras2011**

ROSA. F.K; ROESE. C.A; MONTEIRO. M.B. Comportamento Da Mecânica Pulmonar Após A Aplicação De Protocolo De Fisioterapia Respiratória E Aspiração Traqueal Em Pacientes Com Ventilação Mecânica Invasiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2007.

REGENGA. M.M. **Fisioterapia em cardiologia da UTI á reabilitação.** São Paulo, Roca, 2000**.**

ROSA. F.K., et al.Comportamento Da Mecânica Pulmonar Após A Aplicação De Protocolo De Fisioterapia Respiratória E Aspiração Traqueal Em Pacientes Com Ventilação Mecânica Invasiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2007**.**

ROCO.ESCOLA ANNA NERYREVISTA DE ENFERMAGEM .**Rev .2007**

SEIBERLICH et al.Ventilação Mecânica Protetora, Por Que Utilizar. **Rev Bras ,2011**

SILVA. G.S; GOMES. D.L; MASSARO. A.R. Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. **REV. NEUROCIÊNCIAS.** 2005.
SOARES.S.C.S;OJANAHÚ.L.T.A. Suporte Ventilatório No Tratamento Da Influenza A H

SILVA .T.U.Borges.Análise Do Lactato Sanguíneo No Pósoperatório Mediato De Pacientes Submetidos À Cirurgiacardíaca De Revascularização Do Miocárdio Emprocesso De Retirada Da Prótese Ventilatória No Hospital São João Batista – Criciúma ,**2008**

SILVA ;PONTES[1]Características clínico-evolutivas de 134 pacientes com histoplasmose disseminada associada a SIDA noEstado do Ceará. **Rev. Bras.,2010**

SILVA.I.M. VASCONCELOS .B.C.Qualidade De Vida E Saúde: Uma Abordagem Da Fisioterapia Do Trabalho E Equipe Interdisciplinar Na Gestão De Ergonomia E Promoção Da Saúde Para Colaboradores Da Indústria Têxtil. **Revista Científica Jopef ,2008**

SOARE. T.R., et al.Retirada Do Leito Após A Descontinuação Da Ventilação Mecânica: Há Repercussão Na Mortalidade E No Tempo De Permanência Na Unidade De Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** 2010.

SILVEIRA IC, SIQUEIRA RH, RUINO **O Pulmão Na Prática Médica**. 4ªed. Rio de Janeiro, 2000

SLULLITEL.A. SOUZA. A .M .Analgesia, Sedação E Bloqueio Neuromuscular Em Uti. **Rer, 2006**
línicas. Editora Manole, 2005.

VIEGAS. C.A.A. Gasometria Arterial. **J. Pneumol.** 2002.

YAMAMOTO.G.Neuro Proteção No Acidente Vascular Cerebral **Rev.Bras.2005**

YUNES.P.L; COELHO. T. L; ALMEIDA. S.M. Principais Interações Medicamentosas Em Pacientes Da UTI. Adulto De Um Hospital Privado De Minas Geais. **Rev. BRAS. FARM, 20011**

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **"**Levantamento das condutas utilizadas e parâmetos avaliados na Unidade de Terapia Intensiva", assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outro assim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos-PB, ____ de _____ de 2011.

_____

Autor da Pesquisa

.

APÊNDICE B – Termo de Autorização para pesquisa em Prontuário

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS – FIP
CURSO DE FISIOTERAPIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO

Eu, _____, diretor técnico do Hospital Regional Junduy Carneiro de Patos - PB, venho por meio deste autorizar a realização de coleta de dados nos prontuários clínicos dos pacientes atendidos na referida instituição. A coleta será realizada nos meses de Abril e a Maio pela acadêmica Claudecira Oliveira Figueiredo e sua orientadora, a fisioterapeuta especialista Aucelia Cristina Soares Belchior,as quais são responsáveis pela pesquisa intitulada "Levantamento das condutas utilizadas e parâmetos avaliados na Unidade de Terapia Intensiva" como requisito para o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso e para a publicação de artigos científicos.

Patos – PB, _____de_____ de 2011.

_____

Diretor Técnico do Hospital Regional Junduy Carneiro de Patos –PB

APÊNDICE C – Questionário

Roteiro de fichamento intitulada: **Levantamento das condutas utilizadas e parâmetros avaliados na Unidade de Terapia Intensiva.**

I

Idade_____Sexo F ( ) M ( ) Estado civil _____profissão_____

II. Diagnóstico médico_____

III. Estratégia neuro protetora utilizada:

Sedação ( ) Ventilação Mecânica ( ) Gasometria ( ) Aspiração ( ) Mobilização Motora ( ).

IV. Parâmetros para a ventilação mecânica:

Volume Corrente (VC)_____ml.

Frequência respiratória (FR)_____irpm

Saturação periférica de oxigênio (Spo_2)_____%

Fração inspirada de oxigênio (FIO_2)_____%

V. Caracterização modo ventilatório:

Controlado – modo controlado ( ) Modo assistido-controlado ( ) Ventilação mandatória intermitente sincronizada com volume controlado ( ) Ventilação mandatória contínua com pressão controlada ( )Ventilação mandatória modo intermitente ( )Modo Volume Assegurado com Pressão de Suporte ( )

VI. Tempo de internação_____

D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: "Levantamento das condutas utilizadas e parâmetros avaliados na UTI em uma cidade do sertão Paraibano"

Pesquisadores responsáveis: Claudecira Oliveira Figueiredo, Necienne de Paula Carneiro Porto e Aucelia Cristina Soares Belchior .

Informações sobre a pesquisa: Trata – se de uma pesquisa onde se pretende verificar as condutas utilizada e parâmetros avaliados na Unidade de Terapia Intensiva. Que terá como benefícios um melhor esclarecimento sobre as condutas adotadas em pacientes que encontram se internos na unidade terapia intensiva e ainda contribuirá para enriquecer a literatura pertinente, uma vez que é escassa.

_____

Pesquisador responsável

Instituição:_____Eu,____ _____, portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa pois estou ciente de que terei de acordo com a resolução 196/96 Cap. IV incisos IV.1 todos os meus direitos abaixo relacionados:

-A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afasta me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado absoluto sigilo das informações obtidas. – A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que da pesquisa poderá causar um risco mímino (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados caso isso aconteça, o mesmo será atenuado através esclarecimento sobre a pesquisa, procurando resolver da melhor forma possível.- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa bem como, esta pesquisa poderá causar risco mínino (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados. – A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.- Risco e benefícios:- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do expos acima e desejo participar da pesquisa

Patos , _____de_____de_____

_____

Assinatura do entrevistado

Contato com o pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato como (a) pesquisador (a)_Claudecira Oliveira Figueiredo

Através do endereço (setor de trabalho) Rua Juvenal Ledo, 105 Bairro Belo Horizonte

telefone: Celular (83)99705757

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 15 de março de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Levantamento das estratégisa neuroprotetoras aplicadas a pacientes neurocrítico internos na Unidade Terapia Intensiva em uma cidade do sertão paraibano.** Protocolo número: **036/2012** da pesquisadora: **Aucelia Cristina Soares Belchior.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 04 de abril de 2012.

Flaubert Cirilo Jerônimo de Paiva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FIP

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FIP