

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

**BEATRIZ CRISTINI RIBEIRO CARDOSO
TAINARA BUENO DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA SEDAÇÃO E DO DESPERTAR DIÁRIO EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

**CRICIUMA
2020**

**BEATRIZ CRISTINI RIBEIRO CARDOSO
TAINARA BUENO DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA SEDAÇÃO E DO DESPERTAR DIÁRIO EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de graduação no Curso
de Enfermagem da Universidade do Extremo
Sul Catarinense, UNESC.
Orientadora: Prof.^a Dra. Karina Cardoso Gulbis

**CRICIÚMA
2020**

**BEATRIZ CRISTINI RIBEIRO CARDOSO
TAINARA BUENO DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DA SEDAÇÃO E DO DESPERTAR DIÁRIO EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharel em Enfermagem, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Criciúma, 02 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Profª Karina Cardoso Gulbis –Doutora (UNESC)

Profª Cristiane Damiani Tomasi – Doutora (UNESC)

Profª Mariana Freitas Comin – Mestre (UNESC)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Deus primordialmente, por guiar e iluminar nosso caminho, tornando possível a realização de um sonho, a conclusão do curso de enfermagem, apenas uma etapa de muitas que virão. Mesmo diante de muitos obstáculos, podemos dar um passo rumo à nossa trajetória profissional, pois a presença dEle tornou possível. Hoje somos mais fortes e perseverantes naquilo que almejamos alcançar, pois Ele está conosco.

À nossa orientadora, Karina Cardoso Gulbis nosso profundo agradecimento por ter aceitado de braços abertos fazer parte da construção deste trabalho, por toda dedicação, contribuição, orientação, pelas reuniões “abessa”, mas acima de tudo, por todo ensinamento, apoio e confiança em nós e no potencial do nosso trabalho.

Nosso muito obrigada ao professor Andriago, que nos auxiliou de forma grandiosa na produção e análise de dados deste trabalho.

Aos nossos colegas do curso, em especial à Estephani, Letycia, Maria, Mateus, Thales e Vitória, nosso obrigada por todo companheirismo, troca de conhecimentos e principalmente pela amizade que se construiu e fortaleceu-se a cada ano, e que levaremos pro resto da vida.

Agradecemos a coordenação do curso por sempre estarem a nossa disposição, fazendo o melhor possível para atender aos acadêmicos, e a UNESC pelo ensino e assistência de qualidade nós ofertado.

Aos professores, agradecemos por todo o conhecimento ensinado durante a graduação, cada um com sua singularidade, mas que de forma muito especial se tornaram exemplos para nós, onde podemos nos espelhar e nos tornar, então, profissionais de qualidade, não apenas mais uns no mercado de trabalho.

Eu, Beatriz Cristini Ribeiro Cardoso, agradeço antes de tudo, à Deus, meu porto seguro da onde tirei toda fonte de fé, esperança, perseverança, e que por meio de bênçãos dEle, atingi muitas conquistas. Agradeço à toda minha família, a citar em especial minha avó Leonor, que foi e é minha inspiração de enfermeira, meus pais Sérgio e Márcia, meus irmãos Vitória e Leonardo. Agradeço aos meus colegas de serviço, em especial Seu “Neném” e Dona Sandra, que há 6 anos me deram uma proposta, a qual aceitei, podendo crescer e amadurecer, sou muito grata. Sara e André, gratidão por toda compreensão e apoio em um dos momentos mais importantes da minha vida. Aos meus amigos da faculdade e os de longas datas, agradeço por toda

palavra de conforto, de carinho, por toda a ajuda e empurrãozinho que me deram, em especial ao Isaac, Monique e Angélica pelas dicas de ouro em gramática e ortografia, à Estephani pelo suporte na formatação. Obrigada André, Nicole, Priscila, pela amizade de vocês ao longo desses anos todos, e por tiraram um tempo para ler com muito carinho este trabalho. Agradeço à escola de inglês Yazigi, especialmente à Profª Marcia, a qual me deu suporte na tradução do resumo. Agradeço também ao meu namorado e companheiro, o qual me deu seu ombro em noites de choro e de risos, sempre ao meu lado. Sintam-se todos vocês que fazem parte da minha vida, lembrados de coração.

Eu, Tainara Bueno de Souza agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada disso seria possível, cada degrau que subi dessa caminhada acadêmica Deus estava ao meu lado me acompanhado e me dando forças para não desistir e seguir firme no caminho, agradeço também a minha dupla Beatriz por toda parceria desde o início do projeto de TCC, pela amizade que criamos durante esses cinco anos de graduação, admiro muito a pessoa que está se tornando a cada dia e sem dúvidas será uma grande profissional, aos meus familiares, principalmente aos meus pais Ivonete e Gilmar por todo apoio que deram desde o início da graduação até aqui no fim, encorajando-me diante das dificuldades e vibrando comigo em cada conquista, ao meu namorado Cleber que se faz presente em todos os momentos, sempre ao meu lado me apoiando e me fortalecendo, minha amiga Diana amiga de infância no qual vivenciei todos os momentos ao meu lado seja dias alegres ou tristes ela está ao meu lado e por último e não menos importante agradeço aos meus amigos do Curso no qual citamos acima, amigos no quais irei levar para toda a vida no coração.

“O desmame é como a área da penumbra da terapia intensiva, pois mesmo em mãos especializadas, pode ser considerada uma mistura de arte e ciência.”

Emili J. Milic (1986)

RESUMO

Os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão propensos às alterações neurológicas, devido as comorbidades, estado de saúde, ao uso de sedação e ventilação mecânica, apresentando eventos adversos e doenças coadjuvantes do processo de internação. A equipe de enfermagem têm papel importante na avaliação destes pacientes e detecção de possíveis problemas, auxiliando na avaliação neurológica e contribuindo com seus registros e exames, para o processo de despertar diário, que tem objetivo de minimizar o uso de sedação e consequentemente uso de ventilação mecânica e o período de internação do paciente, reduzindo o risco de doenças pertinentes ao período. Objetivou-se analisar como ocorre a avaliação da sedação e do despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, censitária, exploratória-descritiva e documental. Quanto à equipe de enfermagem, 50% possuíam mais de 10 anos de profissão, porém 95% não possuía qualificação para a área, considerando 55% com tempo de serviço em UTI dentro de 1 mês à 1 ano. Mediante a análise dos resultados, observa-se que a maioria dos pacientes internados são idosos na faixa etária de 60 a 65 anos, de sexo masculino, notando-se uma taxa de mortalidade alta de 57,4%. O tempo de internação em UTI se manteve dentro de 10 a 20 dias. Quanto as tentativas de retirada de sedação, destacou-se a quantidade de 2 tentativas. O tempo de uso de ventilação mecânica manteve-se dentro de 5 a 20 dias, sendo 93,6% das ventilações mecânicas realizadas por meio de tubo orotraqueal. Quanto maior o tempo de internação, menores as chances de desmame de ventilação mecânica e sedação, e posteriormente, de sobrevivência. As tentativas de retirada de ventilação mecânica, prevaleceu dentro de 3 tentativas ao longo da internação. Observa-se que não foi possível atingir todos os objetivos propostos na pesquisa, tendo como dificuldade a falta de algumas informações importantes na maioria dos prontuários, tais quais como: escolaridade, profissão, estado civil, trabalho desenvolvido, renda, histórico de saúde como: doenças familiares, doenças prévias, hábitos de vida, peso, altura e exercício físico.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Sedação, Despertar diário, Enfermagem, Paciente.

ABSTRACT

Patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) are prone to neurological changes, due to comorbidities, health status, the use of sedation and mechanical ventilation, presenting adverse events and diseases supporting the hospitalization process. The nursing team has an important role in evaluating these patients and detecting possible problems, assisting in neurological assessment and contributing with the records and exams, for the daily awakening process, which aims to minimize the use of sedation and consequently the use of mechanical ventilation and the period of hospitalization of the patient, reducing the risk of diseases relevant to the hospitalization process. The objective was to analyze how the assessment of sedation and daily awakening occurs in the Intensive Care Unit. It is a quantitative, census, exploratory-descriptive and documentary research. Considering the nursing team, 50% had more than 10 years of profession, however 95% had no qualification in the area, regarding 55% with length of service in the ICU within 1 month 1 year ago. Through the analysis of the results, it is observed that the majority of hospitalized patients are elderly aged 60 to 65 years, male sex, with a high mortality rate of 57,4%. The length of stay in the ICU remained within 10 to 20 days. In the attempts of sedation withdrawal, there was a highlight of up to 2 withdrawal attempts. The time of use of mechanical ventilation remained within 5 to 20 days, being 93.6% of mechanical ventilations performed through an orotracheal tube. The longer the hospital stay, lower are the chances of weaning from mechanical ventilation and sedation, and subsequently, survival. The attempts to withdraw mechanical ventilation prevailed within 3 attempts throughout hospitalization. It is observed that it was not possible to achieve all the objectives proposed in the research, having as difficulty the lack of some important information in most medical records, such as: education, profession, marital status, work developed, income, health history such as: family diseases, previous diseases, lifestyle, weight, height and physical exercise.

Keywords: Intensive Care Unit, Sedation, Daily awakening, Nursing, Patient.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atenção Pré Hospitalar
DDS	<i>Delirium Detection Score</i>
ECG	Escala de Coma de <i>Glasgow</i>
EPIs	Equipamentos de Proteção Individuais
IDS	Interrupção Diária da Sedação
RASS	<i>Richmond Agitation Sedation Scale</i>
SBV	Suporte Básico de Vida
SNG	Sonda nasogástrica
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
TI	Tecnologia da Informação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-traumático
TOT	Tubo orotraqueal
TQT	Traqueostomia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	15
2.1.1 Equipe multiprofissional na UTI	15
2.1.2 Sedação em UTI	16
2.1.3 Suporte respiratório em UTI	19
2.1.4 Cuidados de enfermagem a pessoa em sedação e suporte respiratório internadas em UTI	19
3 METODOLOGIA	21
3.1 TIPO DE PESQUISA	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
3.3.1 Critérios de inclusão	22
3.3.1.1 Equipe de enfermagem	22
3.3.1.2 Prontuários eletrônicos	22
3.3.2 Critérios de exclusão	22
3.3.2.1 Equipe de enfermagem	22
3.3.2.2 Prontuários eletrônicos	22
3.4 COLETA DE DADOS	22
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	23
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	25
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS E PROCESSO DE TRABALHO NO SERVIÇO	25
4.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DOS PACIENTES	28
4.4 DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÃO, SEDAÇÃO E VENTILAÇÃO: TEMPO DE INTERNAÇÃO EM UTI, TEMPO DE USO DE VM, TIPO DE DISPOSITIVO PARA VM, TEMPO DE SEDAÇÃO, TIPOS DE SEDATIVOS, TENTATIVA DE RETIRADA DE SEDAÇÃO	32
4.5 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO RELACIONADAS À TENTATIVA DE RETIRADA DE SEDAÇÃO	34

4.5.1 Gráfico Q-Q Plot para normalidade das tentativas de retirada de sedação	34
4.5.2 Tentativa de retirada de sedação e tempo de internação hospitalar em dias.	35
4.5.3 Tentativa de retirada de sedação e tempo de internação em UTI	36
4.5.4 Tentativas de retirada da sedação e tempo de uso de sedação em dias ..	37
4.5.5 Tentativas de retirada de sedação associada à tentativas de retirada de ventilação mecânica	39
4.5.6 Tentativa de retirada da sedação associada ao tempo de uso de ventilação mecânica	40
4.5.7 Tentativa de retirada da sedação associada à escala de RASS.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES	54
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PRONTUÁRIO	54
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: EQUIPE DE ENFERMAGEM	57
ANEXOS	58
ANEXO A - CARTA DE ACEITE	58
ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	59
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
.....	61
ANEXO D – ESCALA DE RAMSAY	64
ANEXO E – ESCALA DE RASS.....	65
ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	65

1 INTRODUÇÃO

O devido estudo intitulado “AVALIAÇÃO DA SEDAÇÃO E DO DESPERTAR DIÁRIO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, foi desenvolvido como proposta de trabalho de conclusão de curso (TCC) para graduação em Enfermagem – UNESC.

Para Puggina e Silva (2009), o coma (do grego *kôma* = sono profundo) pode ser definido como estado de perda total ou parcial da consciência, da motricidade voluntária e da sensibilidade, geralmente devido a lesões cerebrais, intoxicações, problemas metabólicos e endócrinos, no qual, dependendo da gravidade, as funções vitais são mantidas em maior ou menor grau.

Pacientes que por sua vez apresentam consequências em seu estado neurológico são denominados de neurocríticos, os quais terão insuficiência de um ou mais sistemas, nessa perspectiva eles têm como característica principal a necessidade de vigilância constante do seu quadro de saúde por toda a equipe multiprofissional (ARRUDA P. et al., 2019).

A enfermagem no contexto da UTI tem papel fundamental, uma vez que assiste as pessoas 24 horas por dia, promovendo o cuidado, em todas as etapas. Desse modo, tem visão integral de todo o processo de trabalho e das nuances vivenciadas pelas pessoas (MEDEIROS et al., 2016).

Os pacientes em ventilação mecânica (VM) são considerados neuro críticos, ou de alta complexidade, o que requer suporte multiprofissional, em que cada profissional tenha o mesmo objetivo ao oferecer a assistência aos pacientes frente as suas competências e atribuições (RIBEIRO, 2018).

A sedação é uma aliada predominante do paciente comatoso em VM, pois permite maior segurança e adaptação ao processo, porém, quando aplicada excessivamente, prolonga a permanência do paciente na UTI, tornando suscetível a complicações adversas. (BARBOSA T. et al., 2018).

A dependência de VM e sedação repercute em pacientes que necessitam do suporte ventilatório mecânico para sua sobrevivência, que por sua vez acaba gerando uma dependência e acarretando assim, em complicações futuras como a diminuição do débito cardíaco, alcalose respiratória aguda, elevação da pressão intracraniana, meteorismo (distensão gástrica maciça), pneumonia, lesões de pele e/ou lábios decorrente ao tubo orotraqueal (TOT) e inclusive pode-se desenvolver

delirium, relacionado à dependência de sedação (JESUS et al., 2018).

A VM é classificada por dois grupos, sendo ventilação mecânica invasiva e não invasiva, devendo ser realizada de forma correta e segura. Ambas favorecem ao paciente melhora das trocas gasosas, diminuição no trabalho respiratório e aumento nos níveis de oxigenação, a diferença entre elas é a forma de liberação de pressão (BARBAS et al., 2014).

A literatura evidencia a importância do cuidado e suporte aos pacientes críticos, visando prevenir e aliviar o conseqüente sofrimento e possível transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) após a internação em UTI, enaltecendo a necessidade de treinamento de equipes de saúde na identificação e intervenção de manifestações indicativas de TEPT durante a internação (CAIUBY; ANDREOLI, P; ANDREOLI, S, 2010).

O papel da enfermagem é importante no cenário de unidades críticas, desde que o enfermeiro inserido esteja preparado para as práticas da enfermagem intensivista, tendo uma longa permanência no setor que contribui para a segurança do paciente e habilidade profissional, evitando riscos com a possível rotação de enfermeiros(as) (OLIVEIRA P. et al., 2019).

A avaliação de enfermagem é de suma importância no processo de interrupção abrupta ou gradual do suporte ventilatório, analisando os estímulos neuronais e suas respostas, isso exige dos profissionais habilidades e conhecimentos para que não ofereça riscos ao paciente (RODRIGUES et al., 2012).

Desta forma os enfermeiros precisam estar qualificados e capacitados a prestar cuidados inerentes à monitorização dos parâmetros ventilatórios, à remoção das secreções, ao aquecimento e a umidificação dos gases inalados, bem como ao controle das condições hemodinâmicas dos pacientes (RODRIGUES et al., 2012).

Os protocolos de sedação e desmame são a ferramenta principal no que tange ao manejo de pacientes em VM, devendo-se sempre estar atento ao status de conforto do mesmo (JUNIOR; PARK, 2016).

O despertar diário, por sua vez tem um papel fundamental no tratamento do pacientes críticos, bem como, minimizar a ansiedade, evitar alterações cognitivas prolongadas e seu sofrimento. Dentro dessa perspectiva o despertar diário tem como propósito avaliar a necessidade do sedativo e a diminuição do acúmulo sistêmico do fármaco, logo, a literatura nos traz a utilização de uma lista de verificação (*Checklist*), para ratificar o gerenciamento do despertar diário (LIMA et al., 2019).

Segundo Lima et al. (2019), o Instrumento Lista de Verificação (*Checklist*) para o Gerenciamento do Despertar Diário de pacientes críticos deve seguir um roteiro, no qual deve conter as seguintes informações: identificação do paciente, chegada de sedação e dose utilizada, checagem do analgésico prescrito, checagem do benzodiazepínico prescrito, checagem do antipsicótico prescrito, definição do horário de parar a sedação, avaliação de nível de sedação-agitação.

Lima et al. (2019) ainda afirma que após a 6ª hora, deve-se avaliar nível de sedação-agitação no mesmo horário de checagem dos sinais vitais, retornar com a sedação se clinicamente indicada, retornar a infusão da sedação com a metade da dose prévia, avaliar sinais vitais, avaliar parâmetros ventilatórios e rever a dose do fármaco.

Vale ressaltar que o despertar diário é uma avaliação realizada em conjunto pela equipe multiprofissional, sendo assim, a decisão de provocar o despertar diário em determinado paciente deverá ser discutido por ela, incluindo médico(a), enfermeiro(a), fisioterapeuta, fonoaudiólogo(a), psicólogo(a) e farmacêutico(a) (LIMA et al., 2019).

A escolha do tema, remete a fundamental análise da avaliação da sedação e do despertar diário, considerando a atual implementação do processo de despertar diário e sua importância na determinação da permanência dos pacientes em UTI, juntamente com as suas possíveis complicações, cabe avaliar quais escalas e protocolos são utilizados nestes processos, a fim de identificar e comparar os níveis de consciência e/ou respostas presentes nos pacientes da pesquisa.

Observa-se que os pacientes de UTI podem se encontrar em diversos níveis de sedação e ventilação mecânica, por isso precisam de um grande cuidado e olhar atento da equipe multiprofissional, bem como vigilância à beira do leito 24 horas, outrossim, em especial a equipe de enfermagem, que é de suma importância na qualidade do serviço prestado à estes pacientes, tendo seu papel na garantia de bons resultados e intervenções a serem realizadas, através de seus registros e anamneses completas, cooperando para um correto desmame de sedação e ventilação mecânica.

Desse modo, questiona-se: como ocorre a Avaliação da sedação e do despertar diário em UTI?

Na percepção das pesquisadoras acredita-se que: avaliação da sedação é realizada a partir das escalas específicas e completas para observar o paciente em

sua integridade; a escala mais utilizada para avaliar as funções durante o período de retirada de sedação e favorecimento de um despertar seguro é a Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS); o paciente é avaliado conforme os aspectos respiratórios, cardíacos e neurológicos, para a tomada de decisão de despertar ou manter a sedação; a equipe de enfermagem utiliza um protocolo específico para cada etapa, a partir de operacionalização teórica na prática.

Com o intuito de obter respostas, objetiva-se analisar o a avaliação da sedação e do despertar diário em UTI. A partir da análise de:

- Aspectos sociodemográficos de pacientes adultos: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, trabalho desenvolvido, renda;
- Históricos de saúde de pacientes adultos: diagnóstico, doenças pregressas, doenças familiares, peso e altura;
- Hábitos de vida: fumo, etilismo, exercícios físicos,
- Tempo de internação, tempo de sedação e tempo de permanência de ventilação mecânica, nível de consciência, tipo de ventilação mecânica e sedação;
- Avaliar o nível de consciência presente nos pacientes adultos em coma no Hospital do Sul de Santa Catarina;
- Análise das escalas utilizadas para a contribuição de melhoria dos pacientes e da avaliação dos resultados e parâmetros das escalas comparando com os protocolos para a realização do desmame ventilatório e retirada da sedação.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Reis, Gabarra e Moré (2016), referem que a UTI é vista em muitos momentos como um espaço de morte, todavia, há a esperança e uma perspectiva de sobrevivência relacionada ao acompanhamento interdisciplinar realizado pelas equipes.

A UTI é onde eventos adversos nos pacientes devem ser observados com maior atenção, considerando o fato de serem pacientes críticos e mais vulneráveis a erros e complicações (DUTRA et al., 2017).

“O tratamento intensivo tem sido associado com uma variedade de fatores estressantes e a vivência desse evento, bem como a presença de memórias ilusórias, podem desencadear alterações psicológicas em curto e longo prazo” (COSTA et al., 2014, p. 122).

A formação de memórias se dá perante a emoção envolvida, podendo serem evocadas no futuro, mas quanto a relação memória-transtorno em pacientes após a internação em UTI, se observa a influência de memórias traumáticas, formadas por conteúdo real ou fantasioso, em casos de síndromes neurocomportamentais (IZQUIERDO, 2004 *apud* LELES, 2018).

A UTI é uma unidade hospitalar com infraestrutura especializada, dispõe assistência médica e de enfermagem ininterruptas, equipamentos específicos, recursos humanos extremamente qualificados e acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas sofisticadas (INOUE; MATSUDA, 2009, p.56).

2.1.1 Equipe multiprofissional na UTI

Segundo Leite e Vila (2005, p.146), a equipe multiprofissional em ambiente de UTI convive com fatores que podem desencadear estresse, como: “a dificuldade de aceitação da morte, a escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos) e de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos”.

De acordo com Kamada (1978), em uma UTI o objetivo comum da equipe multiprofissional é a recuperação do paciente, num ambiente físico e psicológico propício, onde cada profissional da equipe exerce suas técnicas aliadas a um bom relacionamento humano.

Pesquisas evidenciam que a qualidade do cuidado deve ser o objetivo do processo de enfermagem, e para atingi-lo a equipe deve ter profissionais em quantidade suficiente, além de capacitação e habilidade para atender às necessidades dos pacientes em UTI (OLIVEIRA E.; SPIRI, 2011).

Para Medeiros et al. (2016), é competência do enfermeiro a avaliação da assistência, pois o resultado da mesma implica muitas vezes na decisão sobre a assistência planejada. Portanto, não devem haver falhas nas decisões tomadas e por isso o enfermeiro em UTI deve englobar o conhecimento profundo das necessidades dos pacientes, relacionado aos seus estados clínicos, sendo intrínseco a integralidade em suas formações.

Medeiros et al. (2016) ainda afirma que a atuação do profissional enfermeiro, como coordenador das ações do cuidado, está relacionada à responsabilidade pela organização do trabalho e pelas práticas de gestão em enfermagem e saúde.

Para Treviso et al. (2017, p.10) “a gerência do cuidado é uma atribuição do enfermeiro diretamente relacionada à busca pela qualidade assistencial, aliando gerência e assistência, além de melhores condições de trabalho para os profissionais.”

2.1.2 Sedação em UTI

De acordo com Miranda, Bersot e Villela (2013) a definição de sedação pode ser entre: apenas um estado de cooperação, em que se apresenta orientação em tempo e espaço de forma tranquila, ou como respostas aos comandos, incluindo ou não a hipnose.

A sedação é um ato médico realizado, mediante utilização de medicamentos, com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente. A maioria dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) necessita de sedação, em algum momento durante sua internação, principalmente, quando submetidos à intubação orotraqueal e, conseqüentemente, à ventilação mecânica (BASTO et al., 2014).

De acordo com Sakata (2010), os opioides, benzodiazepínicos e propofol são os medicamentos mais utilizados para proporcionar conforto e alívio de dor ao paciente em uso de ventilação mecânica.

No que concerne ao tratamento a partir da sedação e ventilação mecânica, observa-se que a sedação quando fornecida de forma adequada, se torna importante

no tratamento de pacientes graves, inclusive daqueles com necessidade de ventilação mecânica. Sedação em níveis altos geralmente torna propenso a maior tempo em ventilação mecânica, o que pode desencadear *delirium*, alterações de memória e maior mortalidade (JUNIOR; PARK, 2016).

Alguns pacientes desenvolvem *Delirium*, que segundo Pessoa e Nácul (2006), trata-se de um distúrbio de consciência, atenção, cognição e percepção, perceptível por uma alteração aguda na cognição, afetando o processamento, armazenamento e recordação de memórias.

Delirium é considerado como uma alteração cognitiva aguda que resulta em raciocínio confuso e desorientação caracterizando assim um estado de agitação ou até mesmo sonolência excessiva no qual apresenta grandes taxas de prevalência e incidência nos serviços de saúde (MARQUES P.; CRUZ; MARQUES M., 2013).

Segundo Marques P., Cruz e Marques M. (2013) o *Delirium* está associado a maiores taxas de morbidade, mortalidade, readmissões hospitalares, institucionalização e à idade avançada. Apesar da sua importância na qualidade de vida das pessoas e dos elevados custos diretos e indiretos com que se relaciona, continua a não ser identificada entre 50% a 75% dos casos e, em consequência, a não ser convenientemente tratada.

Para avaliar o efeito de *Delirium*, utiliza-se o “*Delirium Detection Score (DDS)*” que é uma escala validada, que considera oito dos sintomas do *delirium*, cabendo a cada um desses sintomas uma classificação de 0, 1, 4 ou 7 pontos.” (CARVALHO; ALMEIDA; GUSMAO-FLORES, 2013, p. 149).

De acordo com Carvalho, Almeida e Gusmão-Flores (2013), o *Cognitive Test of Delirium (CTD)* analisa 5 itens que pontuam 0, 2, 4 ou 6, somando 30 pontos, onde quanto menor o valor resultante, mais drásticos são os casos dos pacientes.

Estudos demonstram que acima da dose de sedação, ocorre um atraso considerável da recuperação da consciência e a retirada da prótese ventilatória. (KOLLEF et al., 1998 *apud* BASTO et al., 2014, p. 61).

“São bem documentados, os malefícios causados pela sedação excessiva, dentre os quais, podemos citar a diminuição da mobilidade no leito, levando ao aumento de fatores tromboembólicos, fraqueza muscular e aparecimento de úlceras por pressão.” (JACKSON et al., 2010 *apud* BASTO et al., 2014, p. 64).

Um estudo realizado por Rodrigues Junior e Amaral analisou 307 pacientes internados em unidades de terapia intensiva, onde a sedação foi aplicada em 25,77% de todos os pacientes, devido a distúrbios como *delirium*, agitação, medo e ansiedade.” (RODRIGUES JUNIOR; AMARAL, 2004 *apud* BASTO et al. 2014, p. 65).

Segundo Slullitel e Souza (1998, p. 509), além da importância em promover conforto e humanização aos pacientes em UTI, a analgesia busca capacitar o paciente para as realizações de “fisioterapia, deambulação fora do leito, higiene pessoal diária, cuidado de curativos e alimentação.”

O paciente em uso de sedação, deve ser observado com maior atenção, para isso o profissional de enfermagem realiza a identificação de dor e sedação, utilizando escalas e protocolos (BARBOSA T., et al., 2018).

O uso de protocolos e escalas de avaliação, auxiliam na escolha do fármaco, melhoram a eficiência além de diminuir a incidência de efeitos colaterais, apesar de não haver evidências na literatura que orientem sobre o melhor fármaco a ser utilizado, à fim de se evitar problemas de tolerância, abstinência, ou que auxilie pacientes que necessitam de sedação prolongada. (BRESOLIN, FERNANDES, 2002).

Para Barbosa T. et al. (2018, p. 199), A sedação contínua está associada a maiores taxas de VMI e mortalidade. Portanto, estratégias de melhoria do processo de sedação, através de protocolos assistenciais, como a utilização da escala RASS devem ocorrer, tornando-a mais leve, superficial e segura para o desmame ventilatório do paciente. Porém, a interrupção diária da sedação não se associa a taxa de complicações maior que as práticas de não interrupção.

Segundo Mendes et al. (2008), a escala de avaliação mais utilizada para nível de sedação é o Ramsay proposto em 1974, enumerando de 1 à 6 a ansiedade, a agitação e até o coma, conforme (ANEXO D). Já a escala de Richmond tem mais vantagens que a de Ramsay, possuindo mais níveis de pontuação de acordo com (ANEXO E).

Sendo assim, “O paciente alerta e calmo representa o zero da escala, existem quatro níveis de agitação graduados de forma crescente de um a quatro, e mais cinco níveis de sedação graduados de um a cinco negativos.” (MENDES, et al., 2008, p. 345).

Quando se trata a avaliação para o momento em que o paciente acorda, segundo Nettina (2011), avalia-se o despertar e o estado de atenção utilizando a escala de coma de Glasgow (ECG), analisando o nível de consciência. Na ECG o

coma pode ser definido como ausência de abertura de olhos, ausência de fala e não obediência a comandos a partir de pontuações.

Porém segundo Nettina (2011), a ECG não foi desenvolvida com o intuito de monitorar disfunção neurológica, apenas fazer avaliações fugazes de nível de consciência presente.

2.1.3 Suporte respiratório em UTI

Pacientes em uso de VM encontram-se incapacitados total ou parcialmente em seu sistema respiratório, o que pode acarretar distúrbios relacionados ao equilíbrio ácido-básico e complicações em seu quadro clínico. (MELO et al., 2015).

MELO et al. (2015) infere ainda que o paciente em uso de TOT ou TQT (traqueostomia) encontra-se impossibilitado de deglutir, considerando a quase totalidade dos pacientes de sua pesquisa, que utilizaram algum suporte para nutrição enteral, principalmente através de sonda nasogástrica (SNG).

“O paciente em ventilação mecânica deve ser avaliado quanto à dor e à sedação para otimizar as doses de medicamentos. Isso reduz o tempo de necessidade de ventiladores e de permanência em UTI.” (SAKATA, 2010, p.654).

Goldwasser et al. (2007, p. 128), sugere que “retirar o paciente da ventilação mecânica pode ser mais difícil que mantê-lo. O processo de retirada do suporte ventilatório ocupa ao redor de 40% do tempo total de ventilação mecânica”.

O paciente só é indicado para início do desmame da Ventilação Mecânica quando apresenta níveis satisfatórios à gasometria. Para se considerar o início do processo de desmame é necessário ter adequada troca gasosa, em que o (PaO₂ deve ser > 60 mmHg com FIO₂< 0,4 e PEEP < 5 a 8 cmH₂O) e ser capaz de iniciar os esforços inspiratórios (GOLDWASSER et al., 2007, p.130).

Ainda de acordo com Goldwasser et al. (2007) para isso, é exigido da enfermagem a garantia de uma assistência ao desmame, para que seja eficaz e não ofereça riscos demasiados ao paciente, pois para alguns autores, o desmame é a penumbra da terapia intensiva, mesmo com especialização, pode ser chamada de uma mistura de arte e ciência para tal ação.

2.1.4 Cuidados de enfermagem a pessoa em sedação e suporte respiratório internadas em UTI

Segundo Correio et. al. (2015), o enfermeiro que atua em UTI, além de necessitar de uma capacidade para lidar com situações cruciais de forma precisa e rápida, deve integrar as técnicas com a tecnologia, dominando os princípios científicos e atuando em equipe, na tentativa de suprir necessidades terapêuticas com qualidade e segurança.

De acordo com Smeltzer e Bare (2009, *apud* DAMASCENO, 2006, p.57) Utentes em VM requerem cuidados de enfermagem criteriosos tais como: aspiração traqueal; controle da pressão do balão (*cuff*) do TOT ou TQT; mudança de decúbito; transporte seguro para outras unidades do hospital; ações para a prevenção de complicações como pneumonia por aspiração ou associada à ventilação, úlceras por pressão, extubação acidental, barotraumas e pneumotórax.

O conceito de interrupção diária da sedação (IDS), ou "despertar diário", recentemente estudada, tem como objetivo a avaliação da sedação, visando a diminuição do acúmulo do fármaco no paciente, até que haja respostas à comandos. A prática ainda é pouco visualizada em UTI, porém auxilia na prevenção de complicações, que podem provir de sedações excessivas (BARBOSA T. et al., 2018; LIMA et al., 2019).

A IDS é realizada principalmente nos pacientes em uso de VM almejando-se prevenir efeitos nocivos e pneumonia associada à VM, feita a partir da interrupção do fornecimento do medicamento em um dado período, dia após dia, até comprovar que o paciente está alerta e viável ao desmame, através do uso de protocolos e uso de escalas de avaliação neurológica (BARBOSA T. et al., 2018; LIMA et al., 2019).

Nesses momentos, a enfermagem faz parte no acompanhamento, pois de acordo com Muniz et al. (1997), a avaliação do nível de consciência é uma tarefa importante e requer uma qualificação do enfermeiro para realizar tal tarefa.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi de abordagem quantitativa, e no que tange e isso, possibilitou caracterizar elementos numéricos para a quantificação tanto de variáveis nominais, quanto numéricas e os dados são analisados a partir de técnicas estatísticas. O método quantitativo tem a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando as distorções de análise e interpretação equivocada, uma vez que os dados estão postos para discussão tal qual o teste realizado (NEWMAN et al., 2008).

3.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa censitária abordando todo universo populacional, exploratória-descritiva e documental Newman et al. (2008).

A pesquisa de cunho exploratória-descritiva, por sua vez, vem a contribuir para o aprimoramento das ideias e assim descrever as características pré-determinadas acerca de uma situação investigada (HULLEY et al., 2008).

A pesquisa documental, no que lhe concerne, é o exame de materiais de natureza diversa, recorrendo a forma mais diversificada, que ainda não recebeu tratamento analítico, outrossim, em prontuários de cada paciente são registrados todas as informações necessárias, que refletem o atendimento e o tratamento prestado durante a internação, bem como os protocolos que servem como guia para seguir as orientações (SETZ; DINNOCENZO, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Hospital do Sul de Santa Catarina, na Unidade de Terapia Intensiva, o qual possui equipes de 5 técnicos(as) de enfermagem, 1 enfermeiro(a), 1 fisioterapeuta e 1 médico(a) em cada jornada de trabalho, sendo escalas de 12 horas por 36 horas, somando 32 profissionais ao total no setor.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada através de questionário, com alguns profissionais de enfermagem da UTI do hospital de pesquisa, pois dois profissionais se recusaram a participar do questionário, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Além disso, foi analisado 47 prontuários eletrônicos dos pacientes adultos internados, entre agosto a outubro de 2020, período com maior número de informações constantes, no que concerne dados sócio demográficos, dados clínicos e avaliações para o despertar diário.

A coleta foi realizada no prazo de 30 dias, entre os dias 20 de setembro a 20 de outubro. Observa-se que todas as precauções foram realizadas visando à proteção tanto do pesquisador quanto do pesquisado, sendo que a UNESC e o Hospital de pesquisa forneceram os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) necessários para as atividades em campo durante o período de pandemia de Covid-19.

3.3.1 Critérios de inclusão

3.3.1.1 Equipe de enfermagem

- a) Ser profissional de enfermagem da equipe das UTIs;
- b) Aceitar participar da pesquisa;
- c) Assinar o TCLE e responder a pesquisa.

3.3.1.2 Prontuários eletrônicos

- a) Pacientes adultos das UTI's do hospital de pesquisa internado entre agosto setembro e outubro de 2020;
- b) Paciente em sedação ou sedação acompanhada por VM.

3.3.2 Critérios de exclusão

3.3.2.1 Equipe de enfermagem

- a) Profissionais de outras áreas;
- b) Não aceitar participar e não assinar o TCLE.

3.3.2.2 Prontuários eletrônicos

- a) Pacientes que não estiveram em sedação e ventilação no período de estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos momentos que se seguem:

- a) **Primeiro Momento:** Solicitação de carta de aceite ao Hospital e apresentação de proposta de pesquisa;
- b) **Segundo Momento:** Encaminhamento aos Comitês de Ética e pesquisa para avaliação e aprovação;
- c) **Terceiro Momento:** Após recebimento de carta de aceite, foi criado login e senha pelo profissional de tecnologia da informação (TI) do Hospital para termos acesso ao sistema de prontuários da instituição, além de autorização da gerência do Hospital para termos acesso ao caderno, contendo os pacientes internados no período de agosto a outubro de 2020;
- d) **Quarto Momento:** Início da coleta de dados para a pesquisa na instituição, sendo realizado o questionário com a equipe de enfermagem e a coleta em prontuários eletrônicos, conforme os critérios de inclusão e exclusão.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os profissionais de enfermagem foram convidados participar do questionário, podendo recusar ou não, sendo assinado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), onde este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO C).

De acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes foram esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

Riscos: A pesquisa não apresenta riscos uma vez que não é realizado nenhum procedimento invasivo, sendo mantido o sigilo tanto do local quanto das pessoas envolvidas.

Benefícios: Ao participar da pesquisa, não há benefícios pessoais, mas há a possibilidade de contribuir com estudos para equipes de enfermagem e avaliação de pacientes internados em UTI.

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência,

Comentado [BC1]: Incluir numero do parecer ético

beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p.1).

A resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos, o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

A ética deve estar em todos os tipos de pesquisa, para garantir o respeito, a privacidade, o anonimato e a dignidade de cada indivíduo. É importante salientar que pesquisas sociais, muitas vezes teóricas, também trabalham com a vida, portanto tem implicações éticas. Toda pesquisa tem uma interferência direta ou indireta na vida humana, por isso, independente de sua metodologia e objetivo é preciso estar atento e crítico para avaliar os danos que elas podem causar à vida, nas suas diferentes dimensões (LEOPARDI, 2002, p 164).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram digitados no programa Excel 2020 e exportados para o software estatístico SPSS versão 21 (SPSS Inc, Chicago, IL, EUA). Para a verificação da suposição de normalidade dos dados da variável “tentativas de retirada da sedação”, o teste estatístico de *Shapiro-Wilk* foi realizado.

Para a apresentação dos profissionais e características sócio demográficas e clínicas dos pacientes foram utilizados frequência absoluta e porcentagem em tabelas.

Em um estudo realizado por Torman et al. (2012), o teste de *Shapiro-Wilk* mostrou-se o mais adequado para testar a normalidade dos dados de uma amostra, resultado este corroborando com o escrito por Zar (1999) e justificando a escolha do teste para o presente estudo.

A formulação de hipóteses para o teste *Shapiro-Wilk* é descrita a seguir:

$$\begin{cases} H_0: a amostra provém de uma distribuição normal \\ H_1: a amostra não provém de uma distribuição normal \end{cases}$$

A correlação não paramétrica Rô de Spearman foi calculada para verificar se existe correlação entre as tentativas de retiradas da sedação com as seguintes variáveis: a) tempo de internação hospitalar; b) tempo de internação na UTI; c) tempo de uso da sedação (em dias); d) Tentativas de retirada da ventilação mecânica; e) Tempo de uso de ventilação mecânica (em dias).

Para todos os testes estatísticos, foram dotados o nível de significância (α) de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Após a aplicação do teste de *Shapiro-Wilk*, a variável “tentativas de retirada da sedação” (p-valor = 0,001), não apresentou aderência à distribuição normal.

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS E PROCESSO DE TRABALHO NO SERVIÇO

Foram entrevistados 20 profissionais de enfermagem, os quais aceitaram responder um questionário, desses 4 eram enfermeiros(as) e 16 técnicos(as) de enfermagem, sendo 50% com mais de 10 anos de profissão.

Tabela 1 - Caracterização da Equipe e do processo de trabalho.

Variável	%	n =20
Profissão		
Enfermeiro (a)	20	04
Técnico de Enfermagem	80	16
Tempo de Profissão		
01 mês a 1 ano	10	02
01 ano a 3 anos	15	03
03 a 10 anos	25	05
10 anos +	50	10
Tempo de UTI		
01 mês a 1 ano	55	11
01 ano a 3 anos	15	03
03 a 10 anos	20	04
10 anos +	10	02
Qualificação em UTI		
Não	95	19
Sim	05	01
Considera necessário		
Não	85	17
Sim	15	03
Decisão para a retirada da Sedação		
Médico (a)	45	09
Equipe	55	11
Protocolo para a Avaliação e retirada da Sedação		
Não temos/ Acredito que não temos	90	18
Existe de Medicina e de fisioterapia	10	02
Cuidado no “desmame” e pós extubação		
Monitoramento constante	95	19
Seguir plano e decisão médica	05	01
Método para Despertar Diário		
Estímulos neurológicos	100	20
Escalas Utilizadas		
RASS	70	14
GLASGOW e RASS	25	05
Não Sabe	05	01
TOTAL	20	100

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Observa-se que mais de 55%(11) dos profissionais de enfermagem trabalham no setor da UTI entre um mês a um ano, considerando-se um período curto na prática intensivista, além de que 95%(19) dos entrevistados não possui qualificação nessa área e 85%(17) não considera necessário possuir qualificação.

Foram considerados treinamentos, como em urgência e emergência, Atenção pré-hospitalar (APH), Suporte básico de vida (SBV), restrição de cervical e treinamento para o uso de respiradores e monitores.

Dos entrevistados, 55% (11) relata que a decisão da retirada da sedação é realizada pela equipe multiprofissional, dependendo da condição clínica e da avaliação da equipe, sendo um trabalho em um conjunto para alcançar a melhor decisão ao quadro clínico do paciente.

Analisa-se que 90% (18) dos entrevistados inferem não existir protocolo de enfermagem para a avaliação e retirada da sedação, é uma decisão em conjunto, mas os protocolos seguidos são protocolos médicos e fisioterapêuticos.

Comparando-se com o estudo de Gonçalves et al. (2007), o qual diz que na maioria das UTIs os responsáveis por efetuar o desmame de sedação e ventilação mecânica no paciente são os médicos e fisioterapeutas.

Quanto a escala de RASS, 70%(14) dos entrevistados relatam ser aplicada, porém na prática não foi observado o uso com unanimidade. Conforme os resultados da pesquisa, nota-se que foi aplicada a escala de RASS geralmente no primeiro dia, e em poucos casos foi aplicada mais de uma vez.

Para Gonçalves et al. (2007) é importante o uso de protocolos, padrões e métodos de avaliação detalhados, pois seja qual for o despreparo e imperícia na assistência, seja na sedação ou ventilação, resulta em insucesso do desmame e piora do quadro do paciente.

O Trabalho hospitalar exige competências dos profissionais e na UTI isso se torna ainda mais exigido por se tratarem de pacientes críticos que precisam de um olhar e assistência qualificada, além das atividades de organização e coordenação dos serviços que o enfermeiro concede, independente do diagnóstico ou contexto clínico, o enfermeiro deve estar apto a cuidar dos pacientes internados em UTI, dito isso, faz se necessário a qualificação nesta área intensivista e o aprimoramento das técnicas (CAMELO, 2012).

Releva-se a importância de especializações na área intensivista, pois, o setor de UTI é um local que exige habilidade e conhecimento do profissional para lidar com pacientes críticos, diante disso, os profissionais de saúde, principalmente

o profissional de enfermagem, deve estar apto e qualificado o ambiente, a fim de contribuir de forma positiva na assistência de qualidade ao paciente.

Desta forma, o enfermeiro tem papel fundamental na prática intensivista, além de gerenciar e coordenar toda a equipe, ele necessita ter um olhar holístico para com o paciente.

4.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE DOS PACIENTES

De acordo com Rodriguez et al. (2016), a obtenção de dados sociodemográficos e epidemiológicos dos pacientes internados em UTI possibilita traçar novas estratégias para prestar o cuidado a essas pessoas.

De acordo com a tabela 2, a média de idade foi de $61,53 \pm 17,76$, mas nota-se que na faixa acima de 60 anos tem-se 65,9 (n=31), sendo que a faixa etária de idosos de 65 anos ou mais foi de 46,8 (22). Além disso, do sexo masculino, observa-se um montante de 57,4 (27).

Tabela 2 - Características Sócio Demográficas dos pacientes internados na UTI em uso de sedação e/ou ventilação mecânica no período de coleta.

(continua)

Variável	%	n= 47
Média de Idade	$61,53 \pm 17,76$	
Faixa Etária		
15 † 20	2,1	01
20 † 25	6,4	03
25 † 30	-	-
30 † 35	2,1	01
35 † 40	2,2	01
40 † 45	-	-
45 † 50	6,4	03
50 † 55	10,6	05
55 † 60	4,3	02
60 † 65	19,1	09
65 +	46,8	22

Variável	%	(conclusão) n= 47
Gênero		
Feminino	42,6	20
Masculino	57,4	27
Estado Civil		
Solteiro	17,1	08
Casado	38,3	18
Viúvo	17,0	08
Divorciado	12,7	06
União Estável	6,4	03
Sem informação	8,5	04
Desfecho		
Alta	27,7	13
Óbito	57,4	27
Transferência	14,9	07

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Legenda: † significa limitante de idade, perfaz-se até o número exposto. Ex: 60 † 65 (60 anos até 65 anos, 11 meses e 29 dias).

Observa-se um grande número de óbitos na pesquisa, em que 57,4% dos pacientes avaliados evoluíram para óbito, considerando que a maioria deles eram idosos, o que é considerado um grande definidor da causa, pois, associada a idade tem-se um conjunto de comorbidades que facilitam o processo de óbito.

De acordo com Santos (2008), o perfil sóciodemográfico encontrado em pacientes adultos internados em UTI contém faixa etária maior ou igual 60 anos, maioria de sexo masculino, cor parda, sendo a maioria aposentados e com até 8 anos de estudos.

De acordo com Favarin e Camponogara (2012), em muitos países é verificado a prevalência de homens admitidos em UTI, onde apresentam maior probabilidade de necessitarem de suporte mais invasivo que as mulheres.

Para Souza et al. (2017), após os 40 anos, os principais fatores que levam à necessidade de intubação são as doenças cardíacas seguidas de câncer, principalmente do sistema respiratório e da próstata, e que 64% dos pacientes estudados tinham mais de 60 anos e apresentavam doenças cardiovasculares.

Na UTI, conforme Freitas (2010), geralmente encontram-se pacientes com 65 anos ou mais porque frequentemente apresentam mais comorbidades, além disso, a média de idade, na maioria dos estudos, para os casos de pacientes admitidos em UTI é acima de 65 anos. Nesse contexto, no presente estudo verifica-

se que as comorbidades estão voltadas a processos circulatórios e endócrinos ineficazes conforme demonstrará a tabela 3.

Relata-se ainda que em função dessa idade há a probabilidade de maiores chances de óbito, tendo-se 57,4% (27) de índice de óbito dentro da amostra coletada no presente estudo, muito parecido com a pesquisa de Freitas (2010), que relata que dentre os pacientes internados em UTI com idade acima de 60 anos em sua pesquisa, desses 63,5% evoluíram para óbito.

Analisando descritivamente as comorbidades, dos 46,8 (22) idosos com idade igual ou maior que 65 anos, sendo 57,4 (27) do sexo masculino, observa-se que 81% (17), tem comorbidades circulatórias.

De acordo com a tabela 3 desconsiderando 64% de dados não informados, o hábito de vida mais comum é o tabagismo, o que se associa com a taxa de doenças circulatórias e endócrinas encontradas em 14,9% dos pacientes. O motivo de internação mais encontrado foi de problemas respiratórios graves em 27,7% dos pacientes, além de 57,4% evoluir para o óbito.

Tabela 3 - Características dos pacientes internados na UTI: Idade, hábitos de vida, comorbidade, motivos de internação e desfecho do quadro clínico

Variável	%	(continua)
		n=47
Hábitos de vida		
Tabagismo	25,7	11
Etilismo e Tabagismo	6,3	3
Não Informado	64	31
Outras Drogas	4	02
Comorbidades		

(conclusão)

Variável	%	n=47
Circulatórias	14,9	07
Endócrinas	2,1	01
Respiratórias	4,3	02
Psíquicas	2,1	01
Circulatórias/endócrinas	23,4	11
Circulatórias/Endócrinas/Respiratórias	8,6	04
Psíquicas/Circulatórias/endócrinas	12,8	06
Endócrinas/Circulatórias/Neurológicas/Respiratórias	6,4	03
Circulatória/Psíquica	2,1	01
Circulatória/Respiratória	2,1	01
Endócrina/Câncer	2,1	01
Circulatória/Câncer	2,1	01
Endócrina/Circulatória/Câncer	2,1	01
Nega comorbidades	14,9	07
Motivos da Internação		
Problemas respiratórios Graves	27,7	13
Sepse	8,5	04
Dor	4,3	02
Descompensação renal, respiratória, circulatória e metabólica	2,0	01
Queda do estado Geral	17	08
AVC	10,6	05
Trauma	4,3	02
PCR e Sepses	4,3	02
Problemas Renais	6,4	03
ICC	2,1	01
Tumor	2,1	01
Tentativa de Suicídio	6,4	03
Cardiopatias Graves	4,3	02
Desfecho		
Alta	27,7	13
Óbito	57,4	27
Transferência	14,9	07

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Referindo-se à pacientes idosos, incapacitados de alguma forma, com perda de memória relacionada à idade, observa-se uma deficiência no autocuidado, ao citar o controle de medicamentos por exemplo, que se mostra causador de taxas altíssimas de internação hospitalar.

Conforme ressalta Flesch e Araujo (2014) as preocupações em relação à saúde do idoso se intensificam quando seu estado de saúde tem piora, como por

exemplo acompanhados por doenças crônicas, o que acarreta em internações hospitalares repetidas. Em sua maioria, os cuidados no pós-alta são essenciais, pois, é preciso incentivar a mudança nos hábitos e cuidados com a saúde no dia a dia do paciente, em seu lar, à fim de evitar possíveis internações e tratamentos invasivos.

Considera-se o fato de se ter um companheiro(a) ou cuidador(a) uma vantagem nesse sentido, pois em casos de pacientes incapacitados, podem contar com ajuda para o controle de sua saúde como um todo.

Deste modo, a enfermagem tem papel fundamental ao prestar atendimento humanizado e acolhimento a estes pacientes, considerando suas deficiências e dificuldades. Pois o profissional de enfermagem, além de oferecer assistência, cria um vínculo com seus pacientes e familiares, o que se mostra um fator especial no que tange aos cuidados e atenção à saúde de idosos.

Portanto, fatores como este podem reduzir significativamente a taxa de internação de pacientes idosos em hospitais e setores de UTI, pois grande maioria das internações se deve à uma deficiência no controle de saúde, seja aplicação errada de medicações ou o não comparecimento e procura às consultas, porém não há registros completos acerca de histórico de saúde e familiar.

4.4 DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÃO, SEDAÇÃO E VENTILAÇÃO: TEMPO DE INTERNAÇÃO EM UTI, TEMPO DE USO DE VM, TIPO DE DISPOSITIVO PARA VM, TEMPO DE SEDAÇÃO, TIPOS DE SEDATIVOS, TENTATIVA DE RETIRADA DE SEDAÇÃO

Na tabela 4, o tempo de internação variou entre 2 a 36 dias, tempo de uso de sedação de 1 a 36 dias. As doses foram modificadas inúmeras vezes, impossibilitando a análise e avaliação de quantidade e tipo de medicação, além de avaliações neurológicas.

Observa-se que as drogas sedativas mais utilizadas em âmbito hospitalar, especificamente durante o tratamento em UTI, são: propofol, fentanil, midazolam e em alguns casos cloridrato de dexmedetomidina conhecido comercialmente como precedex.

Tabela 4 - Distribuição de internação, sedação e ventilação: tempo de internação em UTI, tempo de uso de VM, tipo de dispositivo para VM, Tempo de Sedação, Tipos de sedativos, tentativa de Retirada de sedação.

Variável	%	n 47
Tempo de internação em UTI – dias		
Até 5	14,9	07
05 a 10	25,6	12
10 a 20	36,1	17
20+	23,4	11
Tempo de Uso de VM- dias		
Até 5 dias	19,3	09
05 a 10	31,9	15
10 a 20	31,9	15
20+	16,9	08
Tipo de Dispositivo para VM		
TOT	93,6	44
TQT	6,4	03
Tempo de uso de sedação - dias		
Até 5 dias	40,4	19
05 a 10	34,1	16
10 a 20	17,1	08
20+	8,4	04
Tipos de sedativos		
Propofol	21,4	10
Propofol + Midazolam	17	08
Propofol + Fentanil	27,7	13
Midazolam + Fentanil	14,9	07
Fentanil	10,6	05
Precedex	6,3	03
Midazolam	2,1	01
Tentativa de retirada da sedação		
Nenhuma	14,9	07
Uma vez	46,8	22
Duas vezes	23,4	11
Três vezes	8,5	04
Cinco vezes	4,3	02
Não informado	2,1	01
Tentativa de Retirada da VM		
Nenhuma vez	51,1	24
Uma vez	40,4	19
Duas Vezes	4,3	02
Cinco Vezes	2,1	01
Não informado	2,1	01
TOTAL	100	47

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Para Barbosa F. (2007), o propofol diminui a pressão intracraniana, além de diminuir o fluxo sanguíneo encefálico e o consumo metabólico de oxigênio cerebral, protegendo o sistema nervoso central.

Sakata (2010) afirma que o fentanil é usado por via venosa, o fentanil não causa alteração hemodinâmica, sendo indicado para pacientes com comprometimento cardiovascular, seu metabólito é inativo e excretado pela urina e bile.

O midazolam é um benzodiazepínico, utilizado em casos onde o paciente está em seu extremo desconforto ou incapacitante, induzindo ao sono de forma rápida e intensa, resultando também em sintomas de ansiedade e agitação (IVANO et al., 2010).

Vale ressaltar acerca dos 27 óbitos que, 40,8% (n=11) tiveram uma tentativa de retirada de sedação, e 29,6 (n=8) duas vezes e três vezes respectivamente. Além disso, dos 92,6% (n=25) estavam em uso TOT, desses 74% (n=20) foi feita apenas uma tentativa de extubação.

Destaca-se a importância do uso correto e diário da escala de RASS, instrumento que permite a enfermagem auxiliar no processo de desmame de sedação e ventilação, reduzindo assim o tempo de uso de sedação e consequente tempo de uso de VM e internação.

4.5 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO RELACIONADAS À TENTATIVA DE RETIRADA DE SEDAÇÃO

4.5.1 Gráfico Q-Q Plot para normalidade das tentativas de retirada de sedação

Segundo Callegari-Jacques (2003), para a utilização de testes de inferências estatísticas paramétricas, os valores da variável estudada devem apresentar aderência a distribuição normal ou aproximação normal, característica comum das variáveis quantitativas. Para o uso dos testes estatísticos não-paramétricos, não é exigido o conhecimento da distribuição da variável na população, fato comum em variáveis qualitativas de estudos com tamanho de amostra pequena, como no caso

do presente estudo, em que os dados das variáveis quantitativas não apresentam distribuição normal.

A correlação não paramétrica Rô de Spearman foi calculada para verificar se existe correlação entre as tentativas de retiradas da sedação com as seguintes variáveis: a) tempo de internação hospitalar; b) tempo de internação na UTI; c) tempo de uso da sedação (em dias); d) Tentativas de retirada da ventilação mecânica; e e) Tempo de uso de ventilação mecânica (em dias).

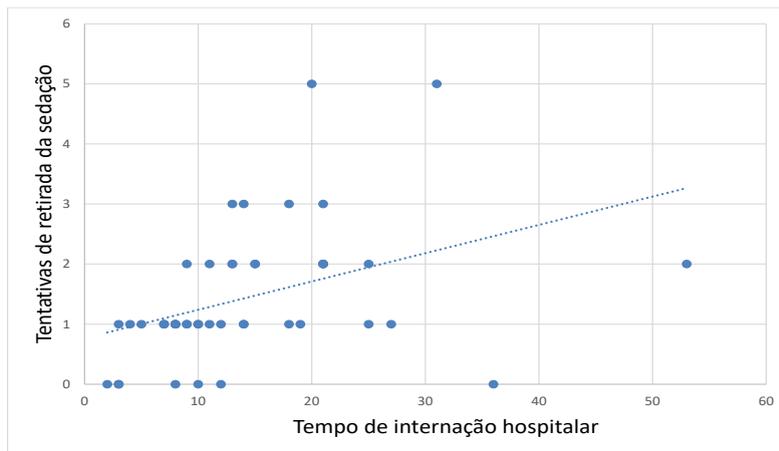
A formulação de hipóteses para a correlação não paramétrica Rô de Spearman é descrita a seguir:

$$\begin{cases} H_0: r = 0 \\ H_1: r \neq 0 \end{cases}$$

4.5.2 Tentativa de retirada de sedação e tempo de internação hospitalar em dias.

Houve correlação significativa positiva média (Rô de Spearman = 0,545) entre a tentativa de retirada da sedação e o tempo de internação hospitalar (em dias) (p-valor = 0,000).

Figura 2 - Tentativa de retirada de sedação e tempo de internação hospitalar em dias



Fonte: Autoras, 2020.

Observa-se que quanto maior o tempo de internação hospitalar mais frequentes são as tentativas de retirada de sedação. Percebe-se que pacientes

internados num período de até 10 dias, predomina-se uma tentativa, seguida de nenhuma tentativa e apenas um paciente realizado 2 tentativas. Esse menor período é importante relatar, uma vez que quanto mais tempo sedado menores as chances de sobrevida.

Pacientes internados num período de 10 a 20 dias, nota-se uma maioria com 1 tentativa, seguida de 2 e 3 tentativas de retira de sedação, apenas um paciente sem nenhuma tentativa.

Entre 20 a 32 dias, verifica-se apenas um paciente com 5 tentativas, dois pacientes com 1 tentativa, dois pacientes com 2 tentativas e um paciente com 3 tentativas.

Num intervalo entre 32 a 60 dias, houve um paciente com nenhuma tentativa e um paciente com 2 tentativas.

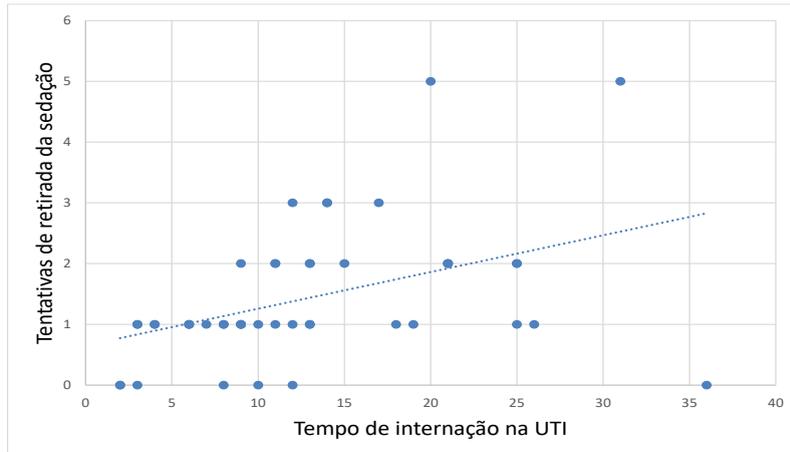
Junior e Park (2016) destacam os benefícios do uso de protocolos de sedação e interrupção diária de sedação, que por serem estudados há mais de 15 anos revelam desfechos importantes, além de maior segurança quando se trata de eventos adversos como: extubação acidental, falha de extubação, e alterações psicológicas à longo prazo.

4.5.3 Tentativa de retirada de sedação e tempo de internação em UTI

Houve correlação significativa positiva média (Rô de Spearman = 0,520) entre a tentativa de retirada da sedação e o tempo de internação na UTI (em dias) (p-valor = 0,000).

Os idosos considerados acima de 65 anos tendem a ter mais dificuldades na retirada da sedação, justamente por serem idosos e apresentarem condições crônicas que se manifestam de forma expressiva na idade mais avançada, diferente de uma pessoa adulto jovem, por vezes o paciente idoso não consegue manter uma boa oxigenação em ar ambiente, necessitando permanecer sedado e no ventilador mecânico por mais algum tempo como observado na tabela acima (MS, 2006).

Figura 3 - Tentativa de retirada de sedação e tempo de internação em UTI



Fonte: Autoras, 2020.

De acordo com Navarro (2019) a sedação excessiva pode resultar em problemas associados com imobilidade no leito, retardo na recuperação do paciente e aumento do tempo de internação na UTI por necessidade prolongada de suporte ventilatório.

Egerod et al. (2010 *apud* NAVARRO 2019) comprova através de um estudo dinamarquês publicado em 2010, que o despertar precoce na IDS se mostra eficaz e que aumenta a estimativa de pacientes sem dor quando é utilizado algum protocolo de analgo-sedação.

Para Barbosa T. (2017), a avaliação de enfermagem em UTI acerca de sedação e analgesia deve incluir no processo de enfermagem a análise fiel dos dados, como histórico de saúde, exames físicos, identificando assim possíveis fatores de risco relacionados à histórico familiar, comunidade, hábitos de vida e outros.

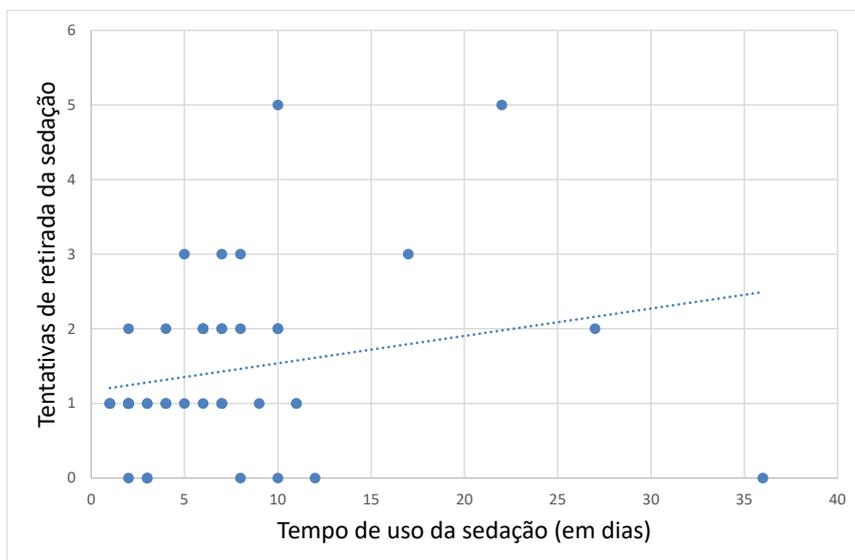
Barbosa T. (2017) infere ainda a necessidade de protocolos que embasem a prática de enfermagem em relação a sedação, além da importância da utilização da escala de RASS, com propósito de auxiliar o desmame de sedação.

4.5.4 Tentativas de retirada da sedação e tempo de uso de sedação em dias

Nesse aspecto foi avaliado que Segundo Moritz (2005) a combinação de sedativos e analgésicos deve ser leve, ou deve ser feita interrupção diária da sedação, que consequentemente diminui o tempo de uso de VM e internação em UTI.

Para Golwasser (2007), pacientes em uso de ventilação mecânica e sedativos, devem receber a sedação baseada em protocolos e metas utilizados pela equipe, que incluam interrupção diária de sedação.

Figura 4 - tentativas de retirada da sedação e tempo de uso de sedação em dias



Fonte: Autoras, 2020.

Houve correlação significativa positiva média ($R\hat{o}$ de Spearman = 0,573) entre a tentativa de retirada da sedação e o tempo de uso de sedação (em dias) (p -valor = 0,000).

Pacientes que usaram até 5 dias sedação foram realizadas em sua maioria 1 tentativa de retirada de sedação, seguida por 2 e nenhuma. Em até 10 dias de uso, foram tentadas dentro de 1 à 2 tentativas, seguido por 3 ou nenhuma. De 10 à 15 dias, apenas um paciente recebeu 1 tentativa e outro paciente nenhuma tentativa.

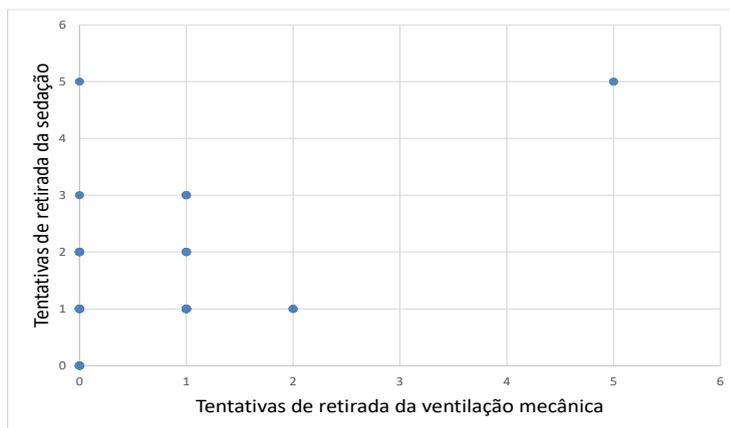
De 15 à 20 dias um paciente recebeu 3 tentativas, de 20 à 25 dias um paciente com 5 tentativas. A partir deste período o número descrece, tendo no

período de 25 à 30 dias um paciente com 2 tentativas e no período de 35 à 40 dias um paciente com nenhuma tentativa.

4.5.5 Tentativas de retirada de sedação associada à tentativas de retirada de ventilação mecânica

Não houve correlação significativa ($R\hat{o}$ de Spearman = 0,134) entre a tentativa de retirada da sedação e a tentativa de retirada da ventilação mecânica (p -valor = 0,374).

Figura 5 - Tentativas de retirada de sedação associada à tentativas de retirada de ventilação mecânica



Fonte: Autoras, 2020.

Quanto maior o tempo de sedação, menor probabilidade de sobrevivência, isso porque o paciente está propenso a riscos nos quais as drogas sedativas apresentam, possuindo diversos efeitos colaterais, potencialmente perigosos.

Segundo Griffiths et al. (2005 *apud* Damasceno et al., 2006), observa-se que a traqueostomia precoce reduz significativamente o tempo de ventilação mecânica em uma média de 8,5 dias, além do tempo de internação na UTI.

A literatura não apresentou ainda estudos com evidência científica, concluindo sobre um modo ventilatório ser superior a outro, principalmente no que se refere à mortalidade, troca gasosa e trabalho respiratório, porém acerca da TQT, mostra-se com menores índices de mortalidade. O modo ventilatório deve ser

adequado ao paciente, levando em consideração sua condição clínica, como doenças, condições hemodinâmicas (FRUTOS-VIVAR et al. 2005 *apud* DAMASCENO et al. 2006).

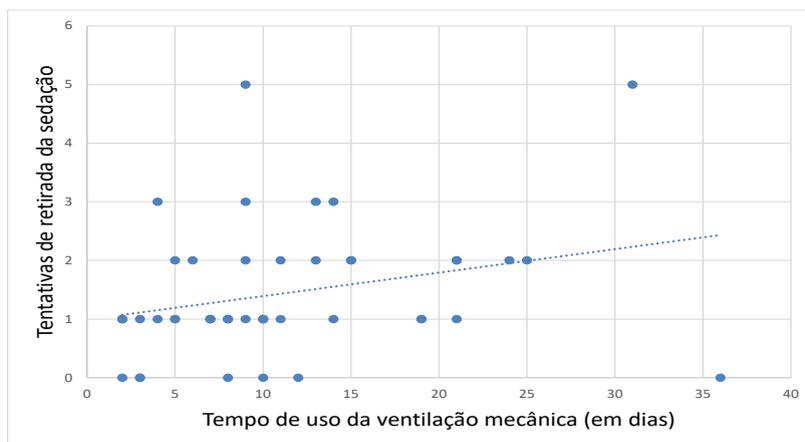
Portanto o profissional de enfermagem deve trabalhar de forma conjunta com a equipe multiprofissional para atingir-se uma devida avaliação e decisão, conforme o quadro clínico do paciente, logo, o enfermeiro necessita estar apto para melhor auxiliar nos processos de desmame de ventilação e sedação.

4.5.6 Tentativa de retirada da sedação associada ao tempo de uso de ventilação mecânica

A equipe multiprofissional deve estar alinhada, no que repercute à melhora do quadro clínico dos pacientes, levando em consideração as atribuições e competências de cada profissional que compõem a equipe, pois, as tentativas de desmame devem levar em consideração os pareceres de todos os profissionais.

Houve correlação significativa positiva forte (R^2 de Spearman = 0,887) entre a tentativa de retirada da sedação e o tempo de uso de ventilação mecânica (em dias) (p -valor = 0,000).

Figura 6 – Tentativas de retirada da sedação associada ao tempo de uso de ventilação mecânica



Fonte: Autoras, 2020.

De acordo com a figura 6, pacientes em até 10 dias de uso de ventilação mecânica receberam em sua maioria 1 tentativa de retirada de sedação, seguido por 2 tentativas, 3 ou nenhuma, com apenas um paciente recebido 5 tentativas.

De 10 a 20 dias prevaleceu-se de 1 a 2 tentativas, seguido por 3 ou nenhuma. De 20 a 30 dias, tentou-se 2 retiradas em maior parte dos pacientes. De 30 a 40 dias apenas um paciente recebeu 5 tentativas e um paciente nenhuma.

O propósito de sedação em terapia intensiva deve ser adaptado às necessidades individuais, pois, cada paciente tem suas determinadas complicações no qual deve seguir um acompanhamento rigoroso por toda a equipe com objetivo de evitar o uso excessivo e conseqüentemente complicações decorrente ao uso prolongado de agentes sedativos e VM (COSTA, et al., 2014).

Para Costa et al. (2014), o baixo nível de sedação, quando dessincroniza com o ventilador, causa complicações como desconforto, agitação, ansiedade e possibilidade de extubação não planejada. Por outro lado, o uso excessivo de sedativos contribui para o aumento do tempo de internação e de VM.

Conforme Barbosa T. et al. (2018) A IDS almeja a interrupção de sedativos até que o paciente se apresente desperto e capaz de atender a comandos verbais e motores, deve ser realizada diariamente, até que a equipe multiprofissional determine a aptidão do paciente para a extubação endotraqueal.

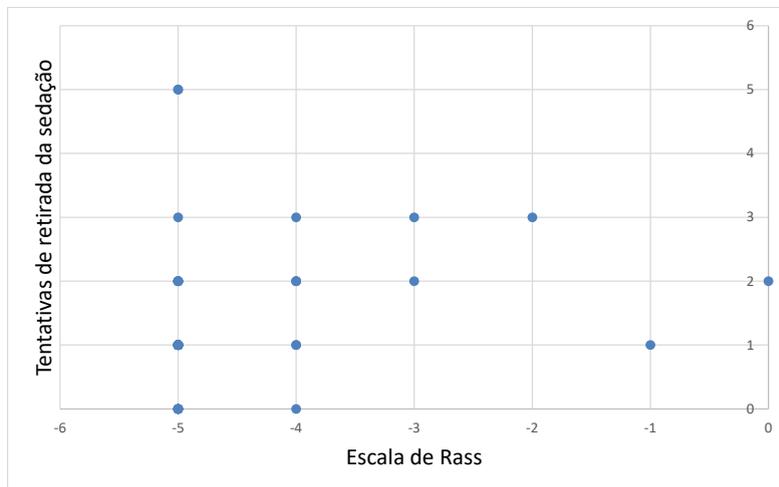
4.5.7 Tentativa de retirada da sedação associada à escala de RASS

Não houve correlação significativa (R^2 de Spearman = 0,152) entre a tentativa de retirada da sedação e a escala de RASS medição 1 (p -valor = 0,325).

A escala de avaliação de sedação de Richmond, revisada e validada recentemente, apresenta vantagens sobre a escala de Ramsay, por possuir níveis de agitação e ansiedade (MENDES, et al., 2008).

O uso de protocolos para orientação de sedação controlada pela enfermagem, o uso de interrupção diária de sedação, utilização de escalas como a de Ramsay e Richmond, são intervenções que facilitam a redução de fármacos no paciente, trazendo melhores resultados (BARBOSA T. et al., 2018).

Figura 7 - Tentativa de retirada da sedação associada à escala de RASS



Fonte: Autoras, 2020.

Uma das escalas geralmente utilizadas pelos profissionais de saúde em UTI, é a escala Glasgow, porém, foi raramente encontrada nas evoluções da instituição de pesquisa, conforme os resultados. A escala de RASS foi aplicada geralmente apenas no primeiro dia de internação, não tendo continuidade como rotina, o que impediu uma análise aprofundada deste item.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados das coletas de dados, observa-se que não foi possível atingir todos os objetivos propostos na pesquisa, tendo como dificuldade a falta de algumas informações importantes na maioria dos prontuários, tais quais como: escolaridade, profissão, estado civil, trabalho desenvolvido, renda, histórico de saúde como: doenças familiares, doenças prévias, hábitos de vida, peso, altura e exercício físico.

No controle de sedativos, houve dificuldade para compreender as doses diárias de sedativos, tempo de uso, alterações. Não foram encontrados de forma unânime nos prontuários eletrônicos, o que dificultou as análises objetivadas. Impossibilitando de analisar de maneira fiel a escala de avaliação mais utilizada, sendo a escala de RASS, e suas deduções sobre o nível de consciência dos pacientes avaliados.

No controle de sinais vitais não foi possível detectar seus registros de maneira constante nas evoluções da equipe multiprofissional, o que impossibilitou a análise de aspectos respiratórios, cardíacos e neurológicos.

Tanto a escala de RASS, quanto a de Glasgow foram pouco aplicadas. A escala de Glasgow foi utilizada esporadicamente por profissionais de fisioterapia, e a escala de RASS geralmente aplicada apenas no primeiro dia de internação, não tendo continuidade da mesma, nem mesmo padrão de utilização, o que discerne dos pressupostos da pesquisa, em que estipulou-se o uso fiel de escalas de avaliação para o possível desmame de sedação e ventilação mecânica.

A falta de protocolos e padrões de enfermagem na prática em UTI, ausência de registros de cuidado ou descritos de forma incompleta, dificultou a descoberta de dados, pois em sua maioria foram encontrados de maneira parcial ou sem resultados.

A equipe de enfermagem contribuiu para a pesquisa participando do questionário, considerando apenas dois profissionais que não aceitaram participar da pesquisa.

Percebe-se o quanto é imprescindível o papel da equipe de enfermagem no cenário intensivista, da mesma forma em que salientasse a necessidade e importância de aprimoramento neste ramo de estudo, valorizando o profissional que tem ou busca ter especializações, a fim de se acrescentar em conhecimentos e

habilidades para o setor de UTI, especificamente voltado ao método de interrupção diária de sedação, que revela-se um método eficaz quando utilizado de forma correta e em conjunto com a equipe multiprofissional.

É fundamental o uso de ações calculadas, além de se requerer um bom registro de procedimentos, evoluções completas e que possuam detalhes cruciais para a avaliação e acompanhamento do paciente, possibilitando um melhor desmame ventilatório e de sedação do mesmo.

Infelizmente não foram encontrados dados completos nas evoluções de enfermagem de maneira contínua, contendo: aplicação de escalas de avaliação neurológicas, alterações diárias dos sedativos e ventilação mecânica, além de anamnese completa, atualizada, possuindo histórico de saúde.

Perante isso, os pressupostos das metas da pesquisa foram atingidos parcialmente. O estudo teve como colaboração para equipes de enfermagem e equipe multiprofissional de UTI, um panorama da prática vivenciada pela enfermagem na avaliação da sedação e do despertar diário em UTI, evidenciando a possibilidade de melhoras nas ações multiprofissionais, especificamente de enfermagem, que tem potencial para registros minuciosos de avaliações diárias e monitorização de nível de consciência através de escalas eficazes, facilitando o processo de despertar diário dos pacientes.

Constata-se que na instituição de pesquisa, não há padrão para interrupções diárias de sedação, não há, portanto, a utilização do método de despertar diário pela equipe multiprofissional de UTI, havendo além disso divergências encontradas em dados gerais como, ausência de prescrições, repetições de evoluções, além de um acompanhamento neurológico impotente.

Observa-se a aplicabilidade do uso do método de despertar diário de forma benéfica de acordo com estudos, e evidencia-se a possibilidade de implementação do mesmo na instituição de pesquisa, à fim de contribuir no desfecho clínico dos pacientes.

Induz-se que a equipe de enfermagem da instituição de pesquisa não efetua avaliação da sedação e despertar diário de forma padronizada, através de protocolos, processo este dificultado pela falta de informações registradas e até mesmo pela ausência de especializações na área. Não há padrão de despertar diário, portanto, não se segue nenhum roteiro de avaliação de despertar diário.

Não foram encontrados protocolos específicos de enfermagem relacionados ao tema, convém-se o estudo e aplicação de protocolos de enfermagem em UTI que possibilitem uma prática de enfermagem padronizada, estabelecendo-se parâmetros para a avaliação de sedação e despertar diário, aperfeiçoando ainda mais o conhecimento do profissional enfermeiro dentro das unidades de terapia intensiva, sendo o seu papel imprescindível na avaliação de pacientes críticos, especificamente em uso de sedação e ventilação mecânica.

72, 2014. Disponível em: <https://www.cpcjournal.org/article/5de013610e882598354ce1d5/pdf/assobrafir-5-2-59.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL, **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2020.

BRESOLIN, Nilzete Liberato; FERNANDES, Vera Regina. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular. **AMIB–Associação de Medicina Intensiva Brasileira**, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Nilzete_Bresolin/publication/237716030_Sedacao_Analgnesia_e_Bloqueio_Neuromuscular/links/53f394ea0cf2dd48950fd307.pdf. Acesso em: 28 nov 2020.

CAIUBY, AndreaVanniniSantesso; ANDREOLI, Paola Bruno de Araújo; ANDREOLI, SergioBaxter. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 1, n. 22, p. 77-84, 22 fev. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262520079_Post-traumatic_stress_disorder_in_intensive_care_unit_patients. Acesso em: 30 maio 2020.

CARVALHO, João Pedro Lins Mendes; ALMEIDA, Antônio Raimundo Pinto de; GUSMAO-FLORES, Dimitri. *Delirium rating scales in critically ill patients: a systematic literature review.: a systematic literature review*. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 148-154, 2013. GN1 *Genesis Network*. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20130026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a13.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M., (2003). **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: Artmed.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-9, fev. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25. Acesso em: 26 nov. 2020.

CORREIO, Renata Andrea; VIANA, Pietro Pereira; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FERREIRA, Micheli Leal; LUZ, Kely Regina da. Artigo 8 Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, v. 6 n. (1/4), p. 46-50, 2015. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/576>. Acesso em: 01 nov 2020.

COSTA, Jaquiline Barreto da; MARCON, Sonia Silva; MACEDO, Claudia Rejane Lima de; JORGE, Amaury Cesar; DUARTE, Pérciles Almeida Delfino. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Paraná, v. 2, n. 26, p. 122-129, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n2/0103-507X-rbti-26-02->

0122.pdf. Acesso em: 02 maio 2020.

DAMASCENO, Moyzes Pinto Coelho Duarte; DAVID, Cid Marcos Nascimento; SOUZA, Paulo Cesar S. P.; CHIAVONE, Paulo Antônio; CARDOSO, Lucienne Tibery Queiroz; AMARAL, José Luis Gomes; TASANATO, Edys; SILVA, Nilton Brandão da; LUIZ, Ronir Raggio. Ventilação mecânica no Brasil: aspectos epidemiológicos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 219-228, Sept. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000300002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2020.

DUTRA, Dariele Dias; DUARTE, Marcella Costa Souto; ALBUQUERQUE, Karla Fernandes de; SANTOS, Jiovana de Souza; SIMÕES, Kaliny Monteiro; ARARUNA, Patrícia da Cruz. *Adverse events in Intensive Care Units: bibliometric study*. **Rev Fund Care Online**. 2017 jul/set; v. 9, n. 3, p. 669-675. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.669-675>. Disponível em: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53343/ssoar-revpesquisa-2017-3-dutra_et_al-Adverse_events_in_Intensive_Care.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 maio 2020.

FAVARIN, Simone Spiazzi; CAMPONOGARA, Silviomar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 2(2), p. 320 – 329, 2012. doi:<https://doi.org/10.5902/217976925178>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178/3913>. Acesso em 01 nov. 2020.

FLESCH, Letícia Decimo; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidade e desafios do cuidado contínuo. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 19, n. 3, pág. 227-236, setembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000300008&lng=en&nrm=iso. acesso em 29 de novembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>.

FREITAS, Eliane Regina Ferreira Sernache de. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio-jun. 2010; v.18, n.3, p. 21-26. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421933004.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

GOLDWASSER, R. et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 33, 2007, p. 128. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s2/a08v33s2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

GOLÇALVES, Juliana Quixabeira, MARTINS, Raquel das Chagas; ANDRADE, Ana Paula Alves de; CARDOSO, Flavia Perassa de Faria; MELO, Maria do Horto Obes de. Características do processo de desmame da ventilação mecânica em hospitais do Distrito Federal. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 38-43, Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

[507X2007000100005&Ing=en&nrm=iso](https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100005). Acesso em: 28 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100005>.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Rev. Eletr. Enf.** 2009; v.11(1), p. 55-63. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46870/22993>. Acesso em: 02 nov. 2020.

IVANO, Flávio Heuta; ROMEIRO, et al. Estudo comparativo de eficácia e segurança entre propofol e midazolam durante sedação para colonoscopia. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 010-016, fev. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912010000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v37n1/a04v37n1.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

JESUS, Ivonete das Graças de; SABINO, KédmaDaisa Pereira de Andrade da Silva; SOUZA, KemelyTuanyBarduco de; FERREIRA, Laise Liz da Silva. Protocolo de atendimento básico na ventilação mecânica. **Revista Gestão em Foco**, Amparo/sp, v. 21, n. 10, p. 514-533, out. 2018. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/12/041-PROTOCOLO-DE-ANTENDIMENTO-BÁSICO-NA-VENTILAÇÃO-MECÂNICA.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

JUNIOR, Antonio Paulo Nassar; PARK, Marcelo. Protocolos de sedação *versus* interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 444-451, Dec.2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-507X2016000400444&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 maio 2020. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20160078>.

KAMADA, Cecília. Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 60-67, 1978. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000100060&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-716719780001000009>.

LEITE, Maria Abadia; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.2, pág.145-150, abril de 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200003&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de nov. de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200003>.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002. p. 294.

LELES, Mariana Batista Leite. **Estimulação de pacientes comatosos: por que fazer?** 14 jun 2018. Disponível em:<https://pebmed.com.br/estimulacao-de->

pacientes-comatosos-por-que-fazer/. Acesso em: 02 maio 2020.

LIMA, Juliana Tavares de; SILVA, Renata Flávia Abreu da; ASSIS, Allan Peixoto de; SILVA, Alexandre. *Checklist for managing critical patients' daily awakening*. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 3, p. 318-325, out. 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190057>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000300318&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 15 maio 2020.

LUNA, Aline Affonso; SOUSA, William de Almeida; FERRAZ, Viviane Modesto. Avaliação de *delirium* em pacientes em uso de sedativos. **Revista Rede de cuidados em saúde**. Jun./set. 2008, p. 1-11. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/924/730>. Acesso em: 08 nov. 2020.

MARQUES, Paulo; CRUZ, Sandra; MARQUES, Maria. Conceito de *delirium* versus confusão aguda. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.L.], n. 10, p. 161-169, 16 jul. 2013. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/rrii1228>. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln10/serlln10a19.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MEDEIROS, Adriane Calveti de; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de; ZAMBERLAN, Claudia; CECAGNO, Diana; NUNES, Simone dos Santos; THUROW, Mara Regina Bergmann. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Santa Maria, v. 50, n. 5, p. 816-822, out. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0817.pdf. Acesso em: 26 nov. 2020.

MELO, Elizabeth Mesquita; BARBOSA, Angela Araújo; SILVA, Jéssyca Larissa Almeida; SOMBRA, Raiany Leite Souza; STUDART, Rita Mônica Borges; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira; VERAS, Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas. Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 610-616, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016239>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MENDES, Ciro Leite et al. Escalas de *Ramsay* e *Richmond* são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, João Pessoa, v. 4, n. 20, p. 344-348, 12 dez. 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507x2008000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a05.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p.108.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica série A. normas e manuais técnicos**: Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 19 ed. Brasília - Df: Ms, 2006. 192 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf

f. Acesso em: 26 nov. 2020.

MIRANDA, Marcos L.; BERSOT, Carlos D. A.; VILLELA, Nivaldo R. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular na unidade de terapia intensiva. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 102-109, 30 set. 2013. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2013.7537>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7537/5918>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MORITZ, Rachel Duarte. Sedação e analgesia em UTI: velhos fármacos, novas tendências. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 17, n. 1, p. 52-5, 2005. Disponível em: http://www.rbti.org.br/rbti/download/artigo_2010617173859.pdf. Acesso em: 29 nov. 2020.

MUNIZ, Elaine Cristina S et al. Utilização da Escala de Coma de *Glasgow* e Escala de Coma de *Jouvet* para avaliação do nível de consciência. **Rev. Esc. enferm. USP**, São Paulo, v.31, n.2, p.287-303, ago.1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341997000200010. Acesso em: 03 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200010>.

NAVARRO, Juliano Nery. Unidade de terapia intensiva neurológica – sedação, analgesia e situações específicas. **SBN SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA**. 1 ed. São Paulo: Perse, 2019. p. 1-69. Disponível em: https://www.academia.edu/39602461/UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA_NEUROL%3%93GICA_SEDA%3%87%3%83O_ANALGESIA_E_SITUA%3%87%3%95ES_ESPEC%3%8DFICAS. Acesso em: 29 nov. 2020.

NETTINA, Sandra M. Procedimentos gerais e modalidades de tratamento: cuidados de enfermagem ao paciente com alteração do estado de consciência. : cuidados de enfermagem ao paciente com alteração do estado de consciência. *In*: NETTINA, Sandra M. **Brunner Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 472-472.

NEWMAN et al. **Delineando a pesquisa Clínica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, Patricia Veras Neves de; MESSIAS, Claudia Maria; SOUSA, Joana Darc Fialho de; MATIAS, Alexandra de Oliveira; ROSA, Fabiana Silva Martins Santa; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. Formação do enfermeiro para os cuidados de pacientes críticos na unidade de terapia intensiva. **Revista Nursing: pacientes críticos**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2751-2755, jun. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/250/pg46.pdf>. Acesso em: 02 maio2020.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Significado Do Processo De Trabalho Cuidar Para O Enfermeiro Da Uti. **CiencCuidSaude**. 2011 Jul/Set; v. 10(3), p. 482-489. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11015/pdf>. Acesso em: 02 nov. 2020.

PESSOA, Renata Fittipaldi; NÁCUL, Flávio Eduardo. *Delirium* em pacientes críticos.

Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 190-195, 2 jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a13v18n2.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht; SILVA, Maria Júlia Paes da. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 62, n. 3, p. 435-441, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672009000300016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/16.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

REIS, Larissa Cabral Crespi; GABARRA, Letícia Macedo; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré. As Repercussões do Processo de Internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares. *Temas em Psicologia*, vol. 24, núm. 3, 2016, pp. 815-828 Sociedade Brasileira de Psicologia Ribeirão Preto, Brasil. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300003. Acesso em: 20 nov. 2020.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção, LIMA, Maria Luzia Silva; BRITO, Ana Paula Moreira. Características dos cuidados de enfermagem aos pacientes intubados e traqueostomizados: um relato de experiência. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 10-18, jul. 2018. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4672/2779>. Acesso em: 22 maio 2020.

RODRIGUEZ, Anita Hernández; BUB, Maria Bettina Camargo; PERÃO, Odisséia Fátima; ZANDONADI, Giseli; RODRIGUEZ, Maria de Jesús Hernández. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, pág. 229-234, abril de 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200229&ing=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690204i>.

RODRIGUES, Yarla Cristine Santos Jales; STUDART, Rita Mônica Borges; ANDRADE, Ítalo Rigoberto Cavalcante; CITÓ, Maria do Carmo de Oliveira; MELO, Elizabeth Mesquita; BARBOSA, Islene Victor. Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. : evidências para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 789-795, dez. 2012. GN1 *Genesis Network*. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-8145201200040002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/21.pdf>. Acesso em: 16 maio 2020.

SAKATA, Rioko Kimiko. Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 60, n. 6, p. 653-658, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rba/v60n6/v60n6a12.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

SANTOS, Larissa Cristine Guimarães dos. **Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva**. 2018. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/23203/1/2018_LarissaCristineDosSantos_tc.pdf. Acesso em: 01 nov 2020.

SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 313-317, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002009000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

SILVEIRA, Denise Tolfo; GÓRDOVA, Fernanda Peixoto. Pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. p. 1-120. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2020.

SOUZA, Carlos Dornels Freire et al. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à ventilação mecânica nas unidades de pronto atendimento de uma capital brasileira. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 199-206, 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1304/868>. Acesso em: 01 nov. 2020.

SLULLITEL, Alexandre; SOUSA, Angela M. Analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em UTI. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 31, n. 4, p. 507-516, 1998. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7715/9253>. Acesso em: 15 nov 2020.

TORMAN, Vanessa Bielefeldt Leotti; COSTER, Rodrigo; RIBOLDI, João. 2012 **Normalidade de variáveis: métodos de verificação e comparação de alguns testes não-paramétricos por simulação**. Revista HCPA, v.32, n.2, p.227-243. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/29874/19186>. Acesso em: 29 nov.2020.

TREVISÓ, Patricia; PERES, Sabrina Capeletti; SILVA, Alessandra Dartora da; SANTOS, Adriana Alves dos. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, [S.L.], v. 17, n. 69, p. 1-15, 17 out. 2017. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.59>. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/78>. Acesso em: 15 nov. 2020.

ZAR J.H., (1999). **Biostatistical analysis**. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 1999.

Doença(s) prévia(s):
Doença(s) familiar(es):
Doença(s) atual(is):
Peso: Altura:
Prática de exercício físico: Sim () Não ()
REGISTRO DE DESPERTAR DIÁRIO:
Motivo da internação:
Tempo de internação hospitalar:
Tempo de internação em UTI:
Data da sedação:
Tentativas de retirada da sedação:
Tempo de uso da sedação:
Ventilação mecânica: invasiva () não invasiva ()
Data da ventilação mecânica:
Tentativas de retirada da ventilação mecânica:
Tempo de uso de ventilação mecânica:
Controle de sinais vitais: PA: ____x____mmHg PAM: ____ FC: ____ bpm FR: ____ irpm SpO ² : ____%

Controle de sedação:

Data: _____

Medicamento em uso: _____ -

Dose: _____

Observação: _____

Escala de RASS: _____**Escala de Ramsay:** _____

Codínome será P de paciente seguido de um número.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: EQUIPE DE ENFERMAGEM

Codínome será E para enfermeiro, e TE para técnico de enfermagem.

CODINOME:
PROFISSÃO: () Enfermeiro(a) () Técnico(a) de Enfermagem
TEMPO DE PROFISSÃO: () 1 mês à 1 ano () 1 ano à 3 anos () Mais de 3 anos () Mais de 10 anos
TEMPO DE HOSPITAL: () 1 mês à 1 ano () 1 ano à 3 anos () Mais de 3 anos () Mais de 10 anos
TEMPO DE UTI: () 1 mês à 1 ano () 1 ano à 3 anos () Mais de 3 anos () Mais de 10 anos

1. Você possui qualificação para o setor de unidade de terapia intensiva? Se sim, há quanto tempo possui especialização?
2. Considera necessário qualificação para esta área?
3. Como ocorre a decisão da retirada da sedação e do tubo respiratório do paciente?
4. Existe protocolo de enfermagem para o acompanhamento do paciente durante a retirada da sedação e do tubo respiratório?
5. Durante e após a retirada do tubo respiratório ou desmame da sedação qual o papel da equipe de enfermagem?
6. Existem dificuldades nesse processo de trabalho? Quais?
7. Quais os instrumentos utilizados pela equipe de enfermagem para a avaliação neurológica e respiratória do paciente internado em UTI?
8. Quais escalas utilizam atualmente para avaliar níveis de sedação e consciência do paciente?
9. Consideram estas escalas viáveis, práticas e/ou eficazes? Quais escalas acreditam serem úteis para aplicação neste local?
10. Utilizam o método de despertar diário? Se sim, possuem algum checklist?

ANEXOS
ANEXO A - CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar prontuários eletrônicos do Hospital do Sul de Santa Catarina, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Avaliação de sedação e despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva” sob a responsabilidade da professora responsável Dra. Karina Cardoso Gulbis e pesquisadoras Beatriz Cristini Ribeiro Cardoso e Tainara Bueno de Souza do Curso Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Nome do Responsável pela instituição/empresa Cargo do Responsável

ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: Avaliação da sedação e do despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva.

Objetivo: Analisar a avaliação de sedação e despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva.

Período da coleta de dados: 20/09/2020 a 20/10/2020

Local da coleta: Hospital do Sul de Santa Catarina conforme Carta de aceite em Anexo (A)

Pesquisador/Orientador: Prof.^a Dr^a Karina Cardoso Telefone: (48)99984-5223

Pesquisador/Acadêmico: Beatriz Cristini Ribeiro Telefone: (48)99921-0447
Cardoso

Pesquisador/Acadêmico: Tainara Bueno de Souza Telefone: (48)98829-6601

10ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometeram a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação que foram obtidas nas atividades e pesquisas que foram coletadas em questionário e em prontuários do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este TCC;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;

- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Manter as informações em poder das pesquisadoras Beatriz CristiniRibeiro Cardoso e Tainara Bueno de Souza por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos;
- Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)	Pesquisador(a)
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: _____._____._____ - ____
Pesquisador(a)	Pesquisador(a)
Assinatura	Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2020.

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Processo de enfermagem na avaliação da sedação e do despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva.

Objetivo: Analisar o processo de enfermagem na avaliação de sedação e despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva.

Período da coleta de dados: 20/09/2020 a 20/10/2020

Tempo estimado para cada coleta: Entrevista entre 10 a 20 minutos/ Prontuários: 30 minutos.

Local da coleta: Hospital do Sul de Santa Catarina conforme carta de aceite em anexo A

Pesquisadora/Orientadora: Prof.ª Dra. Karina Cardoso Gulbis

Pesquisadora/Acadêmica: Beatriz Cristini Ribeiro Cardoso Telefone: (48) 99921-0447

Pesquisadora/Acadêmica: Tainara BuenodeSouza Telefone: (48) 98829-6601

9ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo.

Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

(quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames. Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(a) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Beatriz Cristini Ribeiro Cardoso e Tainara Bueno de Souza pelo telefone (48) 99921-0447 e (48)98829-6601/ou pelo e-mail beacardoso@unesc.net e tainarabueno.s@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página). O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2020

ANEXO D – ESCALA DE RAMSAY

Quadro II – Escores de Ramsay

-
- 1 – ansioso, agitado
 - 2 – cooperativo, orientado e tranquilo
 - 3 – dormindo, sonolento e respondendo fácil a comandos
 - 4 – dormindo e respondendo a estímulo na glabella
 - 5 – dormindo e respondendo lentamente à pressão na glabella
 - 6 – dormindo e não respondendo à pressão na glabella
-

Fonte: SAKATA (2010).

ANEXO E – ESCALA DE RASS

Pontos	Classificação	Descrição
+ 4	Agressivo	Violento, perigoso
+ 3	Muito Agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos sem coordenação freqüentes
+ 1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Alerto, calmo	
- 1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (>10seg)
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10seg)
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual).
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Fonte: LUNA et. al, (2008).

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA SEDAÇÃO E DO DESPERTAR DIÁRIO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Karina Cardoso Gulbis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37138420.3.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.269.253

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quantitativa, transversal, descritiva, com uso de dados primários e secundários, com amostragem intencional, que pretende avaliar o processo de enfermagem na avaliação da sedação e do despertar diário de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. A população da pesquisa inclui enfermeiros que atuam em uma UTI de um hospital do sul catarinense (dados primários), e o pacientes desta UTI (dados secundários), totalizando um n amostral de 152 participantes, dentre eles 31 enfermeiros. O instrumento da pesquisa inclui um formulário para coleta de dados de prontuário dos pacientes internados (dados socioeconômicos e clínicos) e um questionário aplicado aos enfermeiros, com questões abertas e fechadas, sobre a prática profissional na UTI. A coleta de dados deve ocorrer em setembro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar o processo de enfermagem na avaliação da sedação e do despertar diário em Unidade de Terapia Intensiva.

Objetivos Específicos:

- Analisar aspectos sociodemográficos de pacientes adultos: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, trabalho desenvolvido, renda;

Endereço: Avenida Universitária, 1.935
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 4.269.253

- Analisar histórico de saúde de pacientes adultos: diagnóstico, doenças progressas, doenças familiares, hábitos de vida: fumo, cigarro, outros, exercícios físicos, peso e altura, tempo de internação, tempo de sedação, e tempo de permanência de ventilação mecânica, nível de consciência, tipo de ventilação mecânica e sedação;
- Avaliar o nível de consciência presente nos pacientes adultos em coma no Hospital São Donato Içara/SC;
- Analisar as escalas utilizadas para a contribuição de melhoria dos pacientes;
- Avaliar os resultados e parâmetros das escalas comparando com os protocolos para a realização do desmame ventilatório e retirada da sedação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não será realizado nenhum procedimento invasivo nessa pesquisa, portanto os riscos serão mínimos, não será identificado o nome da pessoa, mantendo o sigilo.

Benefícios:

Participar da pesquisa você não terá um benefício direto, mas, essa pesquisa pode contribuir para equipe de enfermagem e avaliação de pacientes internados em UTI.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pela temática abordada: a atuação de enfermeiros em UTI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados, exceção ao Termo de confidencialidade, que não está assinado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	conf.pdf	10/09/2020 16:39:28	Marco Antônio da Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 1598850.pdf	31/08/2020 11:41:07		Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
 Bairro: Universitário CEP: 88.806-000
 UF: SC Município: CRICIUMA
 Telefone: (48)3431-2000 E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 4.269.253

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	rp.docx	31/08/2020 11:40:50	Karina Cardoso Gulbis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2_tcle.docx	31/08/2020 11:40:32	Karina Cardoso Gulbis	Aceito
Folha de Rosto	f.pdf	30/08/2020 22:08:06	Karina Cardoso Gulbis	Aceito
Outros	IMG_20200830_214434763.jpg	30/08/2020 22:03:49	Karina Cardoso Gulbis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 10 de Setembro de 2020

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.935
Bairro: Universitário CEP: 88.806-000
UF: SC Município: CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 E-mail: calica@unesoc.net