



EVOLUÇÃO CLÍNICA DOS PACIENTES EM USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
CLINICAL OUTCOME OF PATIENTS ON MECHANICAL VENTILATION IN INTENSIVE CARE UNIT
EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES EM USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Elizabeth Mesquita Melo¹, Angela Araújo Barbosa², Jéssyca Larissa Almeida Silva³, Raiany Leite Souza Sombra⁴, Rita Mônica Borges Studart⁵, Francisca Elisângela Teixeira Lima⁶, Joelna Eline Gomes Lacerda de Freitas Veras⁷

RESUMO

Objetivo: analisar a evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica (VM) internados em Unidade de terapia intensiva. **Método:** estudo exploratório descritivo, quantitativo, realizado na UTI de um hospital em Fortaleza-Ceará-Brasil, com 94 pacientes. Os dados foram coletados de janeiro a março de 2012 e expostos em tabelas e gráfico. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE nº 0419.0.000.042-11. **Resultados:** 53,19% dos pacientes eram do sexo masculino, com faixa etária predominante de 77 a 98 anos; 61,70% utilizaram somente o tubo orotraqueal, além de sedação, analgesia ou ambas. Após o desmame, 27,66% necessitaram de mais de um tipo de suporte não invasivo. A média de permanência na UTI foi de 26,5 dias e 60,64% evoluíram para óbito. **Conclusão:** o conhecimento do perfil dos pacientes internados em UTI sob VM é relevante, norteando a assistência pela equipe multiprofissional. **Descritores:** Evolução Clínica; Ventilação Mecânica; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to analyze the clinical outcome of patients on mechanical ventilation (MV) in the intensive care unit. **Method:** this was a descriptive, quantitative exploratory study, performed in the ICU of a hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, with 94 patients. Data were collected from January to March 2012 and reported in tables and graphics. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAEE no. 0419.0.000.042-11. **Results:** 53.19% of the patients were male, with predominant age group of 77-98 years old; 61.70% used only the endotracheal tube, and sedation, analgesia or both. After weaning, 27.66% required more than one type of non-invasive support. The mean ICU stay was 26.5 days and 60.64% died. **Conclusion:** the knowledge on the profile of ICU patients on MV is relevant, guiding assistance by the multidisciplinary team. **Descriptors:** Clinical Outcome; Mechanical Ventilation; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Objetivo: analizar la evolución clínica de los pacientes en uso de ventilación mecánica (VM) internados en unidad de cuidados intensivos. **Método:** estudio exploratorio descriptivo, cuantitativo, realizado en la UTI de un Hospital de Fortaleza- Ceará - Brasil, con 94 pacientes. Los datos fueron recogidos de enero a marzo de 2012 y reportados en tablas y gráficas. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAEE nº 0419.0.000.042.11. **Resultados:** 53,19% de los pacientes eran del sexo masculino, con edades predominantes de 77 a 98 años; 61,70% utilizaron solamente el tubo orotraqueal, además de sedación, analgesia o ambas. Después del destete 27,66% necesitaron además de otro tipo de soporte no invasivo. La media de permanencia en la UCI fue de 26,5 días y 60,64% fueron muertos. **Conclusión:** el conocimiento del perfil de los pacientes internados en UTI bajo VM es relevante, guiando la asistencia por el equipo multiprofesional. **Descriptores:** Evolución Clínica; Ventilación Mecánica; Unidad de Terapia Intensiva.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Enfermeira do Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura/Hospital São José de Doenças Infecciosas. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: elizjornet@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva, Hospital Batista memorial. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: angela_bar@hotmail.com; ³Enfermeira, Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: jessycalarissa@hotmail.com; ⁴Acadêmica de Enfermagem, Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica/PAVIC, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. raianyleite@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: monicastudart@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: felisangela@yahoo.com.br; ⁷Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Enfermeira do Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: joelnaveras@ufc.br

INTRODUÇÃO

O paciente internado em Unidade de terapia intensiva (UTI) possui alterações nos diversos órgãos e sistemas, as quais poderão interferir em seu quadro de gravidade, dificultando sua recuperação e/ou reabilitação. Assim, está em observação constante e geralmente em uso de aparelhos para a manutenção do funcionamento do seu organismo e preservação de sua vida.

Constituindo uma unidade destinada a receber pacientes graves, que necessitam de assistência médica e de enfermagem permanentes, a UTI fornece suporte e tratamento intensivo, proporcionando monitorização contínua, vigilância 24 horas, além de equipamentos específicos e tecnologias destinadas ao diagnóstico e ao tratamento terapêutico.¹

O enfermeiro que atua em UTI, junto a pacientes críticos, deve possuir conhecimento referente às possíveis alterações hemodinâmicas nestes, assim como às modalidades terapêuticas e aos cuidados de enfermagem essenciais a estes, a fim de oferecer uma assistência qualificada, proporcionando mais chances de recuperação.

Diversos procedimentos são realizados na UTI, os quais visam à melhora clínica do paciente, muitas vezes sendo necessária a substituição das funções fisiológicas do paciente ou o auxílio a estas, como no caso de pacientes com impossibilidade de promover as trocas gasosas, os quais são submetidos à intubação orotraqueal (IOT) ou à traqueostomia (TQT) para o uso de suporte ventilatório.

A ventilação mecânica (VM) representa um grande avanço nos cuidados intensivos, podendo ser definida como um modo artificial de ventilar pacientes que estão com incapacidade de respirar espontaneamente, diminuindo o trabalho respiratório.² O suporte ventilatório invasivo é fundamental para pacientes com alterações da função respiratória que o incapacitem de realizar as trocas gasosas e fornecer oxigênio para a ocorrência das reações celulares.

A necessidade de suporte ventilatório é decorrente da incapacidade, temporária ou não, do sistema respiratório em desempenhar suas funções, de forma a atender as necessidades do paciente. Esta incapacidade pode ter origem no próprio sistema respiratório, assim como no sistema nervoso central ou no sistema cardiovascular.³

Os pacientes intubados encontram-se incapacitados de atender total ou parcialmente as demandas respiratórias, o que

pode gerar distúrbios relacionados ao equilíbrio ácido-básico e complicações em seu quadro. Dessa forma, a VM apresenta-se como um importante instrumento utilizado para a recuperação dos pacientes críticos internados em UTI.

Tais pacientes, quando chegam com a função respiratória significativamente alterada, necessitam de suporte ventilatório invasivo, na maioria das vezes, por meio de IOT, a fim de reverter o quadro respiratório. A partir do momento que são intubados, eles necessitarão de uma assistência de enfermagem mais direcionada às suas necessidades afetadas, pois são pacientes que exigem cuidados específicos.

Diante do cuidado altamente especializado e complexo que o enfermeiro desenvolve em uma UTI, a sistematização e a organização do seu trabalho e, por conseguinte, do trabalho da equipe de enfermagem, mostram-se imprescindíveis para uma assistência de qualidade, com eficiência e eficácia.⁴⁻⁵

A deficiência no conhecimento referente a qualquer procedimento e técnica em todo setor hospitalar pode incorrer em prejuízos para o paciente. Na UTI, o paciente, por seu estado crítico, torna-se mais vulnerável a qualquer falha, por menor que seja. Nesse sentido, é fundamental a atualização constante por parte da equipe de enfermagem, assim como por toda a equipe multiprofissional, acerca da terapêutica utilizada em UTI, na tentativa de contribuir para a evolução clínica satisfatória desse paciente.

Destaca-se que os profissionais que compõem a equipe de enfermagem atuante em UTI estão constantemente prestando assistência à pacientes em uso de VM, seja por tempo predeterminado ou indeterminado.⁶ Assim, é necessário observar as alterações relacionadas ao seu quadro respiratório, para evitar intercorrências clínicas.

Levando em conta que o paciente grave internado em UTI, na maioria das vezes, encontra-se em uso de suporte ventilatório invasivo, torna-se fundamental acompanhar sua evolução, observando aspectos referentes ao diagnóstico médico, alterações neurológicas, uso de suporte enteral, alterações renais, dentre outros aspectos. Desse modo, o estudo é relevante, uma vez que levantará dados acerca da evolução do paciente em uso de VM, demonstrando a importância desse recurso em UTI, além de contribuir para a elaboração de protocolos voltados à prevenção de complicações relacionadas à função respiratória e ampliar o conhecimento dos profissionais quanto ao

Melo EM, Barbosa AA, Silva JLA et al.

perfil desse paciente. Além do mais, é válido salientar que o paciente que se encontra em ventilação mecânica artificial necessita de um olhar mais direcionado às suas necessidades afetadas, considerando que, ao mesmo tempo em que tal artifício pode contribuir para a melhora do seu quadro, pode, por outro lado, gerar complicações.

OBJETIVOS

- Analisar a evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva;
- Traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em uso de ventilação mecânica;
- Conhecer o tempo de uso do tubo orotraqueal associando com o uso do traqueóstomo;
- Identificar a evolução dos pacientes na unidade, a partir das variáveis: transferência ou óbito.

MÉTODO

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na UTI de um hospital municipal, localizado em Fortaleza-Ceará. A população foi representada pelos pacientes internados na UTI no ano de 2009, os quais foram submetidos a suporte ventilatório invasivo por meio de tubo orotraqueal (TOT) ou traqueóstomo (TQT). Foram estabelecidos os critérios de inclusão: pacientes internado na UTI no referido período e que utilizaram suporte ventilatório invasivo durante sua internação na UTI; e exclusão: ilegitimidade ou lacunas nas informações contidas no relatório de enfermagem. A opção pelo ano de 2009 deu-se devido à conclusão dos livros referentes a esse período, os quais estão arquivados na unidade.

Nesse período, foram admitidos na UTI 156 pacientes, sendo que 95 (60,89%) fizeram uso

Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação...

de ventilação mecânica invasiva e 62 (39,11%) não. Dos pacientes que utilizaram o suporte, um foi excluído do estudo pela inexistência de dados essenciais para a coleta, sendo a amostra constituída por 94 pacientes.

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012 a partir de um roteiro de levantamento de dados contendo dados sociodemográficos e dados relacionados à história clínica do paciente em uso de VM. Tais informações foram levantadas com base no relatório de enfermagem, o qual se trata de um livro de ata que contém todas as informações referidas, especificadas por pacientes, com registros realizados diariamente, por meio de uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos colada em cada uma das folhas.

Ressalta-se que o livro de ocorrências é uma compilação de todos os instrumentos do relatório de enfermagem, no caso, do ano de 2009, os quais foram utilizados durante a passagem de plantão por todos os enfermeiros inseridos na unidade.

Os dados foram organizados em uma planilha elaborada no programa Microsoft Excel e submetidos à análise estatística, com enfoque para a frequência absoluta e relativa, e expostos em tabelas e gráficos.

O projeto foi aprovado Pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas, com CAEE 0419.0.000.042-11. Foram seguidos todos os princípios éticos, sendo garantido anonimato quanto à identidade dos participantes.

RESULTADOS

Mais da metade dos pacientes era do sexo masculino (53,19%). A faixa etária predominante foi de 77 a 98 anos de idade, com 39 pacientes (41,49%), seguida da faixa de 60 a 76 anos (31,91%); a média de idade ficou em 69,5 anos.



Figura 1. Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico médico. Fortaleza, 2012.

Melo EM, Barbosa AA, Silva JLA et al.

O diagnóstico prevalente foi representado pelas pneumopatias, com 39 pacientes (41,48%). Em seguida, por ordem de ocorrência, ficaram: acidente vascular encefálico (AVE), com 28 pacientes (29,80%); sepse, com oito (8,51%); pós-operatório imediato, com sete (7,25%); e cardiopatia com quatro (4,25%).

É importante destacar que, outros diagnósticos foram identificados em oito pacientes (8,51%), incluindo: meningoencefalite, lesão cutânea por antraz, traumatismo crânio-encefálico e parada cardiorrespiratória revertida.

A maioria dos pacientes utilizou durante a internação na UTI algum tipo de sedação, analgesia, ou a associação de sedação e

Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação...

analgesia. Entretanto, houve predominância do uso simultâneo das duas medicações, com 46 pacientes (48,94%), seguido dos pacientes que usaram somente analgesia, com 27 (28,71%).

Quanto à prótese utilizada para a manutenção em VM, 58 pacientes (62,70%) utilizaram somente o TOT. Foram observados 31 pacientes (32,98%) que usaram o TOT e, posteriormente, o TQT. Apenas cinco (5,32%) foram inicialmente traqueostomizados para a utilização do suporte ventilatório.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo o uso de suporte ventilatório não invasivo e suporte para alimentação. Fortaleza, 2012.

| Variáveis | N | % |
|---------------------------|----|-------|
| Suporte não invasivo | | |
| Não utilizou | 48 | 51,07 |
| Mais de um suporte | 26 | 27,66 |
| Máscara de Venturi | 13 | 13,83 |
| Cateter | 06 | 6,38 |
| Espontânea | 01 | 1,06 |
| Suporte para alimentação | | |
| Sonda nasogástrica | 87 | 92,55 |
| Nutrição parenteral total | 04 | 4,26 |
| Sonda nasoenteral | 03 | 3,19 |
| Total | 94 | 100 |

Em relação ao uso de suporte ventilatório não invasivo após o desmame do ventilador, 48 pacientes (51,07%) não utilizaram porque evoluíram para óbito ou foram transferidos para outra instituição; 26 (27,66%) necessitaram de mais de um tipo de suporte não invasivo; 13 (13,83%) utilizaram somente a máscara de Venturi; seis (6,38%) o cateter nasal; e um permaneceu diretamente sem suporte de oxigênio após o desmame do suporte ventilatório invasivo.

Em se tratando do suporte nutricional, 87 (92,55%) receberam suporte nutricional por meio da sonda nasogástrica (SNG). Ressalta-se que quatro pacientes (4,26%) necessitaram de suporte nutricional através de nutrição parenteral total (NPT) e três (3,19%) por sonda nasoenteral (SNE).

A quase totalidade dos pacientes fez uso de sonda vesical de demora (SVD) e antibioticoterapia (ATB), com o percentual de 98,9% e 98,6%, respectivamente.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo o tempo de permanência na UTI e a evolução clínica. Fortaleza, 2012.

| Variáveis | N | % |
|--|----|-------|
| Tempo (dias) | | |
| 1 a 10 | 25 | 26,60 |
| 11 a 30 | 39 | 41,49 |
| 31 a 60 | 22 | 23,40 |
| 61 a 90 | 06 | 6,38 |
| + de 90 | 02 | 2,13 |
| Evolução | | |
| Óbito | 57 | 60,64 |
| Transferência para a unidade de internação | 26 | 27,66 |
| Transferência para outra instituição | 11 | 11,70 |
| Total | 94 | 100 |

Nota-se que predominou o período de 11 a 30 dias de internação na UTI, com 39 pacientes (41,49%); 25 (26,60%) permaneceram de um a 10 dias; e 22 (23,40%) de 31 a 60 dias. Destaca-se que a média de permanência dos pacientes na UTI foi de 26,5

dias.

Outro aspecto focado no estudo e demonstrado nessa tabela diz respeito à evolução clínica do paciente. Os resultados apontam que 57 (60,64%) evoluíram para

Melo EM, Barbosa AA, Silva JLA et al.

óbito, 26 (27,66%) foram transferidos para a unidade de internação da própria instituição e 11 (11,70%) necessitaram de transferência para outra unidade hospitalar.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos proporcionou a construção do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados em UTI submetidos a suporte ventilatório invasivo, o que poderá contribuir para o aperfeiçoamento da assistência a esses pacientes e elaboração de protocolos, na busca de melhorar a evolução dos pacientes críticos.

Em relação à faixa etária, verificou-se no estudo a predominância de pacientes inseridos na faixa de 77 a 98 anos, seguida da faixa de 60 a 76 anos, sendo a média de idade de 69,5 anos. Pesquisa anterior, ao investigar o perfil e gravidade dos pacientes admitidos em UTI, constatou que a maioria apresentava média de idade de 60,5 anos, sendo a maioria dos pacientes acima de 60 anos.⁷

Quanto ao sexo, observou-se predominância de pacientes do sexo masculino. Estudos realizados com pacientes internados em UTI demonstram prevalência de pacientes do sexo masculino.⁸⁻⁹

No que concerne ao diagnóstico médico, notou-se prevalência das pneumopatias, seguidas do acidente vascular encefálico (AVE), podendo esse achado ser associado à média de idade dos pacientes, considerada faixa de idosos, o que os torna mais expostos ao desenvolvimento de infecções respiratórias em virtude da alteração no estado imunológico, além de alterações cardíacas ou presença de comorbidades, que predispõem às doenças cerebrovasculares.

Pesquisa realizada com pacientes internados em terapia intensiva obteve como principal diagnóstico responsável pela internação a insuficiência respiratória aguda, representando 53,85% dos casos, assemelhando-se, de certo modo, aos achados desse estudo, pois as pneumopatias podem levar os pacientes a uma agudização do quadro, indicando a VM.¹⁰

Convém enfatizar que algumas doenças foram agrupadas e inseridas no grupo das pneumopatias, incluindo as pneumonias e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Ambas são condições que afetam o trato respiratório do paciente podendo levar a complicações graves de forma aguda gerando um quadro de insuficiência respiratória e, conseqüentemente, necessidade de internamento em UTI.

Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação...

A pneumonia está entre as principais infecções em pacientes de UTI, sendo responsável por elevada mortalidade. Doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares e pulmonares, nível de consciência reduzido, uso de nutrição enteral, diabetes, tabagismo e terapia imunossupressora, são fatores predisponentes para essa infecção.¹¹

O AVC isquêmico corresponde à perda súbita da função decorrente da interrupção do suprimento sanguíneo para uma região do cérebro. Em geral, esse evento decorre da doença vascular cerebral de longa duração.¹²

Observou-se de uma forma geral que a maioria dos pacientes utilizou, durante a internação na UTI, algum tipo de sedação, analgesia ou a associação de sedação e analgesia, visto que estes se encontravam em uso de suporte ventilatório invasivo, portanto, o uso dessas medicações torna-se necessário a fim de manter a sincronia entre o paciente e o ventilador mecânico.

Entretanto, tendo em vista que a analgesia e sedação são situações dinâmicas que se apresentam em gradação, é fundamental que seja realizado o acompanhamento contínuo do paciente, o qual é baseado em escalas.¹³

No que se refere à prótese utilizada para a manutenção em VM, a maioria dos pacientes utilizou somente o TOT. Foram observados, também, pacientes que utilizaram o tubo e, posteriormente, o traqueostomo.

Atualmente, a VM ou suporte ventilatório mecânico invasivo está entre as modalidades mais utilizadas na terapia intensiva, pois visa à manutenção da oxigenação e/ou da ventilação dos pacientes portadores de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, de maneira artificial, até que eles estejam capacitados a reassumi-las.¹⁴⁻¹⁵

A traqueostomia está entre os procedimentos cirúrgicos mais comumente realizados em pacientes críticos em UTI, estando indicada para os que necessitam de suporte ventilatório invasivo prolongado, no manuseio dos portadores de desmame difícil da prótese ventilatória ou para facilitar a higiene das vias aéreas, oferecendo maior segurança e conforto para o paciente, permitindo a retirada do tubo traqueal e a diminuição da sedação durante a VM.¹⁶

Diante da influência do estado nutricional na evolução clínica de pacientes hospitalizados em UTI, surge a necessidade dos pacientes com TOT ou TQT usarem suporte nutricional, já que se encontram com déficit na função de deglutição. Desse modo, apreendeu-se que a quase totalidade dos pacientes utilizou algum tipo de via para alimentação que não a via oral, sendo que

Melo EM, Barbosa AA, Silva JLA et al.

92,55% receberam suporte nutricional por meio da SNG, enquanto 3,19% utilizaram SNE e 4,26% necessitaram de NPT.

Além do fato dos pacientes estarem impossibilitados de deglutir em função da prótese ventilatória, convém enfatizar que pacientes internados em UTI apresentam frequentemente depleção nutricional, associada à resposta metabólica ao estresse, a qual promove intenso catabolismo e mobilização de proteínas para reparo de tecidos lesados e fornecimento de energia.¹⁷

Outro ponto importante focado no estudo foi o uso de suporte ventilatório não invasivo após o desmame do ventilador mecânico, sendo identificado que pouco mais da metade dos pacientes não utilizaram tal suporte, seja porque evoluiu para óbito ou porque foi transferido para uma UTI de outra instituição. Por outro lado, dentre os demais pacientes, 27,66% utilizaram mais de um tipo, englobando a máscara de Venturi e o cateter nasal, e um paciente permaneceu diretamente sem suporte de oxigênio após o desmame do suporte ventilatório invasivo.

Em relação ao tempo de internação na UTI, entre os pacientes enfocados no estudo, predominou o período de 11 a 30 dias, correspondendo a 41,49%, sendo a média de permanência dos pacientes na UTI de 26,5 dias.

Referente à evolução clínica dos pacientes, o estudo aponta que grande parte evoluiu para óbito (60,64%), o que pode ser justificado pela maioria ser constituída por idosos, geralmente portadora de comorbidades, o que constitui um fator de risco para a doença de base.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a mortalidade ocorre mais entre pacientes idosos internados em UTI, um estudo realizado no ano de 2010 avaliou mortalidade *versus* tempo de internação prolongado em UTI e identificou maior risco para óbito nos pacientes com idade entre 40 a 60 anos.¹⁸

CONCLUSÃO

A UTI é uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes críticos ou com alguma instabilidade hemodinâmica a fim de promover a monitorização contínua e cuidados especializados para a melhora clínica dos pacientes.

Tal fato faz com que estes sejam submetidos a uma série de procedimentos invasivos com o uso de diversos aparatos para a manutenção da vida com o intuito de uma

Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação...

boa recuperação. Portanto, neste estudo, procurou-se conhecer a evolução clínica dos pacientes em uso de suporte ventilatório internados na UTI.

Verificou-se, entre os pacientes, predominância do sexo masculino, na faixa etária de 77 a 98 anos, o que contribuiu para um índice relevante de dias de internamento, bem como para um maior registro de óbito. Esta realidade está relacionada ao fato do idoso representar uma população que mais adocece e está mais susceptível a riscos e complicações devido a sua doença de base, o que não contribui para uma evolução clínica satisfatória.

Como diagnóstico médico responsável pela internação dos pacientes na UTI, predominou as pneumopatias que, conseqüentemente, indicavam o uso da prótese ventilatória, seguida de AVE e sepse. Estiveram presentes, também, os pacientes em POI que apresentavam potencial para complicações e as cardiopatias.

A maioria dos pacientes necessitou do uso de medicamentos do grupo dos analgésicos e sedativos, visto que se encontrava em suporte ventilatório invasivo e tais medicações são fundamentais em pacientes em uso desse artifício respiratório.

Foi acompanhada a evolução do paciente em relação à prótese respiratória, sendo identificado que a maioria utilizou somente o TOT. Todavia, alguns pacientes evoluíram para o traqueostomo, devido à necessidade prolongada do suporte ventilatório.

No que diz respeito ao suporte de oxigênio usado após o desmame do VM, a maioria dos pacientes não utilizou nenhum suporte não invasivo, uma vez que foi a óbito, e alguns foram transferidos para outra UTI. Entre os pacientes que utilizaram o suporte não invasivo, citam-se como suportes a Máscara de Venturi e o cateter nasal.

Considerando que o paciente em uso de TOT ou TQT encontra-se impossibilitado de deglutir, a quase totalidade dos pacientes inseridos na pesquisa utilizou algum tipo de suporte para nutrição enteral, representado principalmente pela SNG.

O conhecimento do perfil dos pacientes internados em UTI sob VM é relevante, no sentido de proporcionar a discussão sobre os aspectos de maior destaque associados a essa clientela, norteando a assistência pela equipe multiprofissional. Sugere-se a realização de novos estudos abordando essa temática, com populações maiores, a fim de apresentar maior significância clínica e maior possibilidade de generalização.

REFERÊNCIAS

1. Abrahao ALCL. A unidade de terapia intensiva. In: Cheregatti AL, Amorim CP. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Martinari; 2010.
2. Ventura SSC, Pauletti J. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) em UTI pediátrica: uma revisão integrativa. Rev bras cien med saúde [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 10];1(1):7-15. Available from: <http://www.rbcms.com.br/imagebank/PDF/v1n1a05.pdf>
3. Mont´Alverne DGB, Lino JA, Bizerril DO. Variações na Mensuração dos Parâmetros de Desmame da Ventilação Mecânica em Hospitais da Cidade de Fortaleza. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2008 [cited 2012 Sept 14];20(2):149-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/06.pdf>
4. Truppel TC, Meier MS, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev bras enferm [Internet]. 2009 [cited 2012 Aug 19];62(2):221-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200008
5. Duarte RN, Feitoza SMS, Melo EM, Barbosa IV, Studart RMB, Lima FET. Evaluación del conocimiento del enfermero sobre la importancia del monitoreo de la presión venosa central en pacientes críticos. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2011 Nov [cited 2012 Feb 08];5(9):2238-45. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1987>
6. Jeronimo RAS, Cheregatti AL. Ventilação mecânica ou suporte ventilatório. In: Jeronimo RAS, Cheregatti AL, Barreto APM, Gonçalves CCS, Oliveira EACM. Técnicas de UTI. São Paulo: Rideel; 2011.
7. Freitas ERF. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. Rev latino-am enfermagem [Internet]. 2010 mai/jun [cited 2011 Feb 10];18(3). Available from: www.eerp.usp.br/rlae.
8. Toffoletto MC, Padilha KG. Conseqüências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. Rev esc enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2012 Oct 05];40(2): 247-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/12.pdf>
9. Melo EM, Albuquerque MP, Aragão RM. Nursing diagnosis prevalence in patients at an intensive care unit of a public hospital. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 June [cited 2013 Feb 14];6(6):1361-82. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2514/pdf_1242
10. Padrão MC, Monteiro ML, Maciel NR, Viana FFCF, Freitas NA. Prevalência de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva. Rev bras clin med [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 08];8(2):125-8. Available from:
11. Félix AMS. Infecção em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cheregatti AL, Amorim CP. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Martinari; 2010.
12. Smeltzer SC, Bare AG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
13. Nicola ALP. Escalas utilizadas em UTI-analgésia, sedação e coma. In: Cheregatti AL, Amorim CP. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Martinari; 2010.
14. Lisboa DDJ, Medeiros EF, Alegreti LG, Badalotto D, Maraschin R. Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. J biotec biodivers [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 11];3(1):18-24. Available from: <http://revista.uft.edu.br/index.php/JBB/article/viewFile/175/117>
15. Carvalho CRR, Toufen Júnior C, Franca SA. III Consenso de ventilação mecânica. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. J Bras Pneumol [Internet]. 2007 July [cited 2012 May 17];33(Sup 2):54-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1806-371320070008&script=sci_issueetoc
16. Aranha SC, Mataloun SE, Mook M, Ribeiro R. Estudo Comparativo entre Traqueostomia Precoce e Tardia em Pacientes sob Ventilação Mecânica. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2007 Oct/Dec [cited 2012 May 19];19(4):444-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a07v19n4.pdf>
17. Teixeira ACC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva: infusão versus necessidades. Rev bras ter Intensiva [Internet]. 2006 out/dez [cited 2012 May 17];18(4): 331-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/03.pdf>
18. Oliveira ABF, Dias OM, Mello MM, Araújo S, Dragosavac D, Nucci A et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. Rev bras ter Intensiva [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2012 Aug 18];22(3):250-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300006&script=sci_arttext

Submissão: 02/07/2014

Aceito: 23/12/2014

Publicado: 01/02/2015

Correspondência

Elizabeth Mesquita Melo
Rua Ageu Romero, 100 / Ap. 02
Bairro São Gerardo
CEP 60325-110 – Fortaleza (CE), Brasil