

VIA AÉREA AVANÇADA: SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR PACIENTES NA PRÉ E PÓS EXTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL

ADVANCED AIRWAY: FEELINGS EXPERIENCED BY PATIENTS IN PRE AND POST ENDOTRACHEAL EXTUBATION

VÍA AÉREA AVANZADA: SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS POR PACIENTES EN PRE Y POST EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Camila de Souza Oliveira¹
Crysthianne Cônsolo de Almeida Baricati²
Maria José Quina Galdino³
Márcia Eiko Karino⁴
Maynara Fernanda Carvalho Barreto⁵
Júlia Trevisan Martins⁶

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina, Londrina-Paraná-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9599-1924>

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-Paraná-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6810-8008>

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes-Paraná-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6709-3502>

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-Paraná-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6582-2801>

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual do Norte do Paraná, Bandeirantes-Paraná-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3562-8477>

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-Paraná-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6383-7981>

Autor correspondente

Maynara Fernanda Carvalho Barreto
S/n Rodovia BR - 369, Bandeirantes - PR, 86360-000
Telefone: +55(43) 9 9613 2264

RESUMO

Objetivo: desvelar os sentimentos vivenciados por pacientes internados em um pronto socorro no período pré e pós extubação endotraqueal. **Métodos:** pesquisa qualitativa desenvolvida com pacientes de um Hospital Universitário do Estado do Paraná, no primeiro semestre de 2017. A coleta de dados se deu por meio de sete entrevistas semiestruturadas, que foram submetidas a análise de conteúdo temática. **Resultados:** identificaram-se quatro categorias temáticas que desvelaram sentimentos de uma experiência traumática pela dor, falta de diálogo, desconhecimento do profissional que estava prestando os cuidados, dificuldade de comunicação e angústia. **Considerações finais:** torna-se importante humanizar a assistência de maneira a perceber que o paciente não é mais um corpo doente e, sim, um ser humano holístico que deve ser atendido para além dos procedimentos meramente técnicos.

Palavras-chave: Intubação Intratraqueal; Respiração Artificial; Emoções; Serviços Médicos de Emergência; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to reveal the feelings experienced by patients hospitalized in an emergency room in the period before and after endotracheal extubation. **Methods:** qualitative research developed with patients at a University Hospital in the State of Paraná, in the first half of 2017. Data collection took place through seven semi-structured interviews, which were subjected to thematic content analysis. **Results:** four thematic categories were identified that revealed feelings of a traumatic experience due to pain, lack of dialogue, lack of knowledge of the professional who was providing care, communication difficulties and anguish. **Final considerations:** it is important to humanize care in order to realize that the patient is no longer a sick body, but a holistic human being who must be attended to beyond merely technical procedures.

Keywords: Intubation, Intratracheal; Respiration, Artificial; Emotions; Emergency Medical Services; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: revelar los sentimientos experimentados por pacientes hospitalizados en una sala de urgencias en el período pre y post extubación endotraqueal. **Métodos:** investigación cualitativa desarrollada con pacientes de un Hospital Universitario del Estado de Paraná, en el primer semestre de 2017. La recolección de datos ocurrió a través de siete entrevistas semiestruturadas, que fueron sometidas a análisis de contenido temático. **Resultados:** se identificaron cuatro categorías temáticas que revelaron sentimientos de una experiencia traumática por dolor, falta de diálogo, desconocimiento del profesional que atendía, dificultades de comunicación y angustia. **Consideraciones finales:** es importante humanizar el cuidado para comprender que el paciente ya no es un cuerpo enfermo, sino un ser humano holístico que debe ser atendido más allá de procedimientos meramente técnicos.

Palabras clave: Intubación Intratraqueal; Respiración Artificial; Emociones; Servicios Médicos de Urgencia; Investigación Cualitativa

INTRODUÇÃO

A intubação endotraqueal consiste na introdução de um tubo na traqueia por via nasal ou oral, sendo um procedimento indicado para casos de emergência, nos quais existe a necessidade de manter a permeabilidade das vias aéreas.¹

As dificuldades de comunicação fazem com que, muitas vezes, os pacientes submetidos ao procedimento de intubação endotraqueal vejam sua expressão de opinião anulada, além da existência de tomada de decisões sobre seu tratamento sem seu conhecimento, o que acarreta sentimentos de inutilidade e estresse. Desta forma, a dificuldade de comunicação sentida pelos pacientes em ventilação mecânica é um problema atual, e podem ser amenizadas com a utilização de programas de suporte à comunicação verbal e não verbal desenvolvida por equipes multiprofissionais.²

Valorizar o quadro clínico é essencial, porém não se deve perder de vista suas percepções e sentimentos dos pacientes, bem como de seus familiares. Para isso, tem-se a comunicação como uma ferramenta importante a ser utilizada pelos profissionais de saúde.³

O aumento da conscientização por parte de todos os profissionais de saúde que cuidam diretamente dos pacientes é de fundamental importância, para que a prestação de cuidados se torne cada vez mais individualizada e ajustada, o que garante a valorização e a inclusão da pessoa hospitalizada nos seus cuidados, e assistir ao paciente de maneira integral, buscando não

valorizar de sobremaneira os procedimentos técnicos.⁴

Os pacientes com intubação endotraqueal precisam de desmame da ventilação mecânica (VM), isto é, a liberação do paciente de um suporte ventilatório mecânico. Desta maneira, o desmame não é o mesmo que extubação, que pode ser vista como o resultado do desmame. Durante o processo de desmame é necessário priorizar estratégias e critérios, incluindo avaliação dos parâmetros ventilatórios, clínicos e bioquímicos.⁵

Diante das considerações acima e da escassez de estudo sobre a temática relacionada aos sentimentos de pacientes no período pré e pós extubação, acredita-se que este estudo é relevante, visto que contribuirá para que a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde reflitam sobre a importância da comunicação com os pacientes, bem como passem a ver o paciente integralmente, isto é para além dos procedimentos técnicos.

Assim sendo têm-se a seguinte indagação: Quais os sentimentos dos pacientes que vivenciaram o processo de extubação endotraqueal? Para responder a esse questionamento traçou-se como objetivo desvelar os sentimentos vivenciados por pacientes internados em um pronto socorro no período pré e pós extubação endotraqueal.

MÉTODOS

Estudo qualitativo realizado com pacientes submetidos à intubação endotraqueal com posterior procedimento de extubação em um

pronto socorro de um Hospital Universitário. Trata-se de um hospital de ensino, o terceiro maior da região sul do Brasil, composto por 306 leitos, todos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), no qual atende todas as especialidades médicas de adultos e crianças.

Os critérios de inclusão foram: pacientes extubados no pronto socorro há, no mínimo, 6 horas, que relataram memória de algum momento do processo de intubação, maiores de 18 anos, com pontuação entre 17 e 27 no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a julho de 2017, identificando-se que 33 pacientes foram submetidos ao procedimento de extubação. Desses, 15 (45,5%) não apresentaram nível de consciência suficiente para serem entrevistados, 8 (24,3%) não mantinham lembranças relacionadas ao procedimento de intubação, 3 (9%) receberam alta hospitalar antes da avaliação para possível entrevista. Assim, 7 (21,2%) se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo e foram selecionados como participantes da pesquisa.

Foram coletados dados sociodemográficos nos prontuários dos pacientes (idade, motivo da internação, motivo e duração da intubação, e o tempo de despertar) e realizadas entrevistas individuais utilizando-se a seguinte questão norteadora: Conte-me que sentimentos você vivenciou quando estava intubado e após a extubação. As entrevistas tiveram em média 35 minutos de duração e foram audiogravadas e transcritas na íntegra.

Os dados foram analisados e interpretados seguindo a técnica de Análise de Conteúdo⁶ com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise ocorreu a organização do material, isto é, realizou-se leitura flutuante das entrevistas com a finalidade de identificar as particularidades de cada entrevistado que contribuíram para a elaboração das ideias iniciais. Na sequência, passou-se para a fase de exploração do material, ou seja, procedeu-se a execução da codificação das entrevistas letra e número, de maneira que os recortes que interessaram ao estudo foram agrupados em núcleos de sentido análogos e que originaram as categorias. Por fim, deu-se o tratamento dos resultados, no qual os resultados brutos foram tratados de maneira significativa e válida, havendo análise e uma discussão dessas falas provenientes das entrevistas.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, com obtenção de parecer favorável para sua realização (CAAE nº 66237717.0.0000.5231). Para preservar o anonimato dos participantes suas falas foram identificadas com a letra E seguida do número da entrevista.

RESULTADOS

Participaram do estudo sete pacientes, dos quais seis eram do sexo masculino e a média de idade foi de 41,5 anos. A duração da intubação foi de 125,1 horas em média, o tempo de despertar (retirada da sedação até o momento

da extubação) foi de 44,4 horas, em média. A seguir, o quadro 1 mostra os dados relacionados à idade, motivo da internação, motivo e duração

da intubação, e o tempo de despertar dos pacientes entrevistados.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa. Brasil, 2017.

	Idade	Motivo da internação	Motivo da intubação	Duração	Despertar
E1	59	Infarto agudo do miocárdio	Rebaixamento do nível de consciência pós PCR*	192 horas	72 horas
E2	50	Queimadura	Insuficiência respiratória	13 horas	13 horas
E3	17	Cetoacidose diabética	Rebaixamento do nível de consciência	12 horas	12 horas
E4	18	Suspeita de H1N1	Insuficiência respiratória	192 horas	36 horas
E5	27	Intoxicação exógena com psicotrópicos	Rebaixamento no nível de consciência pós crise convulsiva	144 horas	72 horas
E6	62	Edema agudo de pulmão	Insuficiência respiratória	11 horas	10 horas
E7	60	PCR*	Rebaixamento do nível de consciência pós PCR*	312 horas	96 horas

*Parada Cardiorrespiratória

Fonte: Os autores

Das entrevistas, surgiram quatro categorias temáticas apresentadas na sequência:

1. Sentimentos de angústia vivenciado com a intubação endotraqueal

Nesta categoria os pacientes revelam os sentimentos vividos assim que retomaram o nível de consciência, conforme mostra as falas:

Deus que me defenda! Não desejo nem para um cachorro o que eu sofri. É uma angústia só. Nem sei falar o tamanho desta angústia, impotência diante da situação, não podia fazer nada. (E1).

Passando mal, um desespero, coisa ruim, uma angústia o tempo todo. É como um carro que você está guiando e de repente você só esconde a cabeça e deixa que vai e esse carro chega lá na frente e bate. Senti desespero, incapacidade total. (E2)

Senti afobação. É como se um monte de fio mesmo estivesse dentro de mim, como se a pessoa puxasse e tivesse saindo todos os órgãos junto, como se fosse uma pescaria. Uma angústia sem tamanho. (E4)

Uma sensação esquisita de muita angústia. Eu pensava que estava

engasgado com alguma coisa e não saía. (E6)

2. Sentimentos de desorientação temporal devido à sedação

Os pacientes verbalizaram que além de sensações ruins, o processo de sedação e o procedimento de intubação também causaram desorientação temporo-espacial:

Eu dormi de novo, não sei se eu dormi ou desmaiei, mas eu acho que eu desmaiei, porque quando eu acordei, eu percebi que estava com vários médicos perto de mim, mas eu não sabia se era dia ou noite e nem onde estava. (E3)

Eu perdi a noção de dia e noite e onde eu estava. Mas depois falaram que eu estava no hospital, aí que foi cair a minha ficha. (E6)

3. Frustração nas tentativas de comunicação verbais e não verbais devido a intubação

Os depoentes afirmaram que era muito raro alguém conversar, explicar alguma coisa tanto pela voz, quanto por sinais. Os mesmos também relatam que tiveram enormes dificuldades para comunicar-se. É o que revela as seguintes falas:

Eu tentava, mas ninguém conseguia me entender. Falavam que não era para eu prostrar. Além do que, ninguém me compreendia com os gestos. Eu pedia um copinho de água mostrando com sinais porque não saía a voz, mas ninguém compreendia. Daí veio alguém e falou se eu queria cachaça e riu. Mas Deus é bom e veio uma moça e eu disse para ela vir pertinho, fiz sinal e ela compreendeu.

Tem anjos ainda que cuidam da gente. (E1)

Eu até tentava falar, mão não conseguia falar nada, não tinha mais voz e fazer sinal não dava, eu estava amarrada. (E3)

Não dava para falar porque eu tentava falar só que parecia que o tubo entrava mais para dentro, machucava mais por dentro, a garganta doía, o pulmão parecia que estava sendo puxado para fora. Sabe as pessoas falavam com a gente muito pouco e nem gestos eu podia fazer porque estava amarrado. (E4)

Por causa da mangueira [tudo endotraqueal] eu não falava, eu dava sinal quando eles me soltavam para tirar aquela mangueira de mim. A garganta estava entalada. Os médicos e as enfermeiras não falavam com a gente, só falavam: se acalma. (E6)

Eles não compreendiam nada! Aí eu pedi um copinho de água, porque não saía a fala, ninguém compreendia! Veio outra pessoa, aí eu fiz sinal que queria pegar o copo com água, mas essa pessoa me faltou com respeito, perguntou para mim: É cachaça que você quer? Veio uma outra pessoa e eu disse para ela vir pertinho, fiz sinal porque eu não podia falar, aí ela compreendeu. (E7)

4. As vivências no processo de extubação endotraquel

Os pacientes relataram como o processo foi intenso, dolorido e sem muitas explicações, inclusive não conseguiam diferenciar o profissional que prestava cuidados. As falas mostram essa realidade:

Eu acordei com vários médicos (acho que era) perto de mim. Aí eles só

falaram: tosse! Aí eu tossi e eles me desintubaram. Foi dolorido, dor horrível, fiquei bem assustado. (E3)

Tinha um monte de pessoas que eu não sei quem eram. Só tiraram o tubo, ninguém falou o que estava acontecendo, não chegaram nem conversar, foi horrível e intenso. (E4)

Doeu, o sangue estava agarrado naquela mangueira. Foi algo ruim, esquisito, horrível. Até hoje escarro um pouco de sangue, pode ser que tenha machucado né? A mangueira estava bem suja de sangue quando tiraram. (E6)

DISCUSSÃO

A doença arterial coronariana (DAC), como exemplo o infarto agudo do miocárdio, representa a principal causa de óbito no mundo e maior impacto clínico e financeiro nas instituições hospitalares. A DAC quando ocasionada pela obstrução do fluxo sanguíneo torna-se ineficiente para determinada região do miocárdio, desencadeando o desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio, sendo necessário, em alguns casos, o uso do suporte ventilatório para evitar a morte.⁷

Para o traumatizado por queimadura deve-se sempre admitir a possibilidade de intubação endotraqueal, visto que as condições são difíceis devido ao edema facial, laceração de partes moles, tumescência das vias aéreas superiores por inalação tanto de vapor, quanto de monóxido de carbono ou cianeto. Ressalta-se também a diminuição do fluxo coronariano e, conseqüentemente, a diminuição da contratilidade cardíaca no período pós-

queimadura, eventos que, muitas vezes, levam a intubação endotraqueal.⁸

Com relação à cetoacidose diabética, esta é considerada uma complicação que pode ter efeitos agudos graves, e com complicações crônicas debilitantes.⁹ Dessas complicações, um dos procedimentos necessários ao paciente é a intubação endotraqueal.¹⁰ Já para a H1N1, muitos são os tratamentos, os quais incluem o suporte ventilatório e oxigenação por membrana extracorpórea.¹¹

No que diz respeito à intoxicação exógena ela ocorre devido a uma consequência clínica causada pela exposição às substâncias químicas encontradas no ambiente ou isoladas. O tratamento em situações de intoxicação quando o paciente evolui com rebaixamento do nível de consciência ou diminuição da frequência respiratória é a intubação endotraqueal.¹²

Com relação ao edema agudo de pulmão é uma síndrome clínica grave ocasionada pelo enchimento alveolar por líquidos, o que dificulta a hematose.¹³ É um problema muito comum nos serviços de urgência e emergência por ocorrer a deterioração das trocas gasosas, sendo necessária, algumas vezes, a utilização da ventilação invasiva.¹⁴

No que concerne à parada cardiorrespiratória (PCR), apesar dos avanços relacionados à prevenção e tratamento, a evolução para o óbito ainda é grande. Dessa maneira, o procedimento de intubação endotraqueal nessas situações é essencial para salvar vidas e diminuir sequelas.¹⁵

Durante o desmame devido a ventilação mecânica a necessidade básica do paciente foi o atendimento contínuo que se desdobra em monitoramento ininterrupto, estáveis, abrangentes e dinâmicos com resposta imediata a mudanças fisiológicas e psicológicas.¹⁶

A insegurança sentida ao acordar e se deparar com a ventilação mecânica foi identificada em estudo, no qual indicou sentimentos como incapacidade, perda de controle sobre si mesmo e traz o hospital como um local onde não é possível se preservar a identidade e individualidade.¹⁷

Estudo realizado na Dinamarca com o objetivo de explorar as experiências dos pacientes de estarem acordados durante a VM na unidade de terapia intensiva, concluiu que estar acordado durante a ventilação mecânica implicou novas oportunidades e desafios para pacientes criticamente doentes. Os pacientes encontraram-se na interface entre o poder e a impotência, pois podiam interagir, mas eram atingidos por fatores como fraqueza corporal, tecnologia, posição espacial e aspectos relacionais.¹⁸

Experiências de pacientes intubados revelam que os mesmos vivenciam sentimentos ambíguos de doença, exaustão, confusão, dificuldade em respirar e outros, como lutar para recuperar a respiração, o corpo, a vida, a família e tudo que lhe era significativo. Imagens e bons sonhos representam um forte amparo na superação destas experiências.¹⁹

Destaca-se que é preciso manter a família no momento em que a sedação é desligada e a

consciência é retomada, assim o paciente pode se sentir acolhido e seguro sabendo que está com um ente querido, o que diminui possíveis problemas psicológicos.²⁰

Na Suécia, os participantes de uma pesquisa que tinha por objetivo descrever as experiências de pacientes submetidos a VM relataram que não se fazer compreendido levou a sentimentos de pânico e frustração. Também ao acordar referiram desconforto por ter o tubo na garganta e sede, sentiram que seus corpos eram fracos, paralisados e isso levou ao sentimento de dependência dos outros, bem como a sensação de desorientação no tempo.²¹

Outro estudo indicou que ao acordar intubado e ventilado, os pacientes descrevem tal situação como assustadora, além do fato de que não conseguir se comunicar os leva a sentimentos de estarem presos em um corpo disfuncional, pois, de acordo com suas falas, eles conseguiam entender tudo o que lhes era dito, mas não tinham disponível qualquer ajuda à comunicação para conseguirem responder de forma eficaz e julgaram que houve falta de humanização nessa relação.²²

Enfatiza-se que é de fundamental importância a relação entre o paciente e a equipe, principalmente em situações em que o ventilador mecânico impede a comunicação verbal. O fato de não poder falar e de perceber que está em um ambiente diferente, principalmente por ser um hospital, faz com que o paciente se torne inseguro e angustiado. É necessário que a interação e a percepção, principalmente do profissional de saúde, sejam maiores para que a

compreensão seja a mais completa possível. Apesar da comunicação não ser verbalizada por parte do paciente, acredita-se que pode haver o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico fundamentado na confiança e no respeito mútuo.²³

A comunicação, seja verbal ou não verbal, se configura em um instrumento para promoção de um cuidado humanizado. Assim sendo, ajuda a promover o cuidado emocional, considerando uma habilidade de entender o invisível, ou seja, o que muitas vezes não se pode notar ou perceber, pois isso exige sensibilidade em relação às manifestações verbais e não verbais do paciente, que possam indicar aos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, as necessidades individuais de cada ser humano, isto é, vê-lo de forma holística.²⁴

Um estudo apontou que a comunicação não verbal é essencial para o paciente, além de ser uma estratégia para reduzir o medo, a angústia e passar segurança aos mesmos. Neste mesmo estudo, foi apontado que apesar dos pacientes estarem sedados e privados da comunicação verbal, os mesmos fazem uso de expressões faciais na tentativa de estabelecer uma comunicação de forma não verbal.²⁵

Em uma fala do presente estudo, pode-se identificar a falta de habilidade do profissional ao gesticular para o paciente se o mesmo queria bebida alcoólica, quando o paciente sinalizava solicitando água. Os profissionais precisam refletir, tomar consciência e perceber a forma como tratam e relacionam-se com os pacientes. É

preciso estar desperto e atento para a necessidade de comunicação com os mesmos, situá-los e cuidar com respeito, comunicando sempre, independente do seu nível de consciência.²⁶

Relativo à contenção física, com a humanização das práticas do cuidar e legislações voltadas para a segurança do paciente, a contenção é utilizada de forma terapêutica e não como repressão, ou seja, deve ser realizada quando o paciente oferece risco a si mesmo e à equipe de saúde.²⁷ Ressalta-se a importância de que se explique ao paciente a razão pela qual está se tomando tal cuidado, mesmo que você julgue que o paciente não está entendendo tal situação.

Para tornar o procedimento de extubação mais humanizado é necessário a criação de protocolo contendo os profissionais responsáveis pelo processo de extubação do paciente, bem como a sistematização deste processo.²⁸ A dor também foi verbalizada pelos entrevistados do presente estudo. A dor é uma das principais queixas dos pacientes hospitalizados em leitos de UTI. Uma pesquisa indicou a dor como principal desconforto causado pela extubação.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para todos os entrevistados, o desconforto foi unânime, mesmo com diversos profissionais presentes durante o processo de pré e pós extubação, os sentimentos foram de uma experiência traumática, quer seja pela dor, falta de diálogo, desconhecimento do profissional que estava prestado os cuidados, dificuldade de comunicação, angústia e até de morte. É de

importância ímpar humanizar a assistência de maneira a perceber que o paciente não é mais um corpo doente, e sim, um ser humano holístico que deve ser cuidado para além dos procedimentos técnicos.

REFERÊNCIAS

- Matsumoto T, Carvalho WB. Intubação traqueal. *J. Pediatr* [Internet]. 2007 [acesso em 2021 nov 8];83(2 suppl):83-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000300010>
- Karlsen MW, Ines MA, Heyn LG. Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nursing Crit Care* [Internet]. 2019 [acesso em 2021 dez 12]; 24:115-131. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12377>
- Hosseini S, Valizad-hasanloei M, Feizi A. The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to Intensive Care Units. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2018 [acesso em 2021 dez 12];23(5):358-362. Disponível em: [10.4103/ijnmr.IJNMR_68_17](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_68_17)
- Rodrigues, GRJ, Amaral JLG. Impacto psicológico da internação na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intens.* 2001;13(4).
- Bacci SLLS, Johnston C, Hattori WT, Pereira JM, Azevedo VMGO. Práticas de desmame da ventilação mecânica nas UTIs pediátricas e neonatais brasileiras: Weaning Survey-Brazil. *J Bras Pneumol.* 2020 [acesso em 2021 dez 12];46(4):e20190005. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20190005>
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
- World Health Organization. Global Burden of Disease. 2010. Available from: URL:http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- Barbas CSV, Ísola AM, Farias AMC, Cavalcanti AB, Gama AMC, Duarte ACM, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2014 [acesso em 2021 dez 08];26(2):89-121. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20140017>
- Pettus JH, Zhou FL, Shepherd L et al. Incidences of severe Hypoglycemia and Diabetic Ketoacidosis and prevalence of Microvascular complications stratified by age and glycemic control in U.S. adult patients with Type 1 Diabetes: a real-world study. *Diabetes Care.* 2019 [acesso em 2021 dez 12];42:2220-27. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-0830>
- Norbert F. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 2017;40(suppl 1).
- Li HY, Mendes PV, Melro LMG et al. Caracterização de pacientes transportados com suporte respiratório e/ou cardiovascular extracorpóreo no Estado de São Paulo – Brasil. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2018 [acesso em 2021 dez 12];30(3):317-326. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180052>
- Dantas JSS, Uchôa SL, Cavalcante TMC, Pennafort VPS, Caetano JA. Perfil do paciente com intoxicação exógena por “chumbinho” na abordagem inicial em serviço de emergência. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013 [acesso em 2020 nov 8];15(1):54-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15506>.
- Herrero R, Sanchez G, Lorente JA. New insights into the mechanisms of pulmonary edema in acute lung injury. *Ann Transl Med.* 2018 [acesso em 2021 jan 3];6(2):32. Disponível em: [10.21037/atm.2017.12.18](https://doi.org/10.21037/atm.2017.12.18)

14. Alves MG, Morais CCP, Oliveira JM, Silva AT, Pereira VOS, Dalri MCB. Aula simulada no ensino de ações de enfermagem na intubação. *Rev enferm UFPE on line*. 2018 [acesso em 2021 jan 3];12(3):592-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230940p592-598-2018>
15. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schimdt A, et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2013[acesso em 2020 nov 15];101(Suppl 3):1-221. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S006>.
16. Khalafi A, Elahi N, Ahmadi F. Continuous care and patients basic needs during weaning from mechanical ventilation: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016 [acesso em 2020 nov 8];(37):37-45. Disponível em: [10.1016/j.iccn.2016.05.005](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.05.005).
17. Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [acesso em 2020 jan 8];13(3):388-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300014>.
18. Laerkner, E, Egerod I, Olesen F, Hansen HP. A sense of agency: Na ethnographic exploration of being awake during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Int J Nurs Stud*. 2017(75).
19. Haugdahl H S, Dahlbergd H, Pal Klepsdate F, Storli S L. The breath of life. Patients experiences of breathing during na after mechanical ventilation. *Intensive and critical care nursing*. 2017:4085-93.
20. Guirardello EB, Romero-Gabriel CA, Pereira IC, Miranda AB. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 1999 [acesso em 2020 dez 8];33(2):123-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341999000200003>.
21. Engstrom A, Nystrom, N, Sundelin G, Rattray J. Peoples experience of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013 [acesso em 2020 nov 7];29,88-95.
22. Tembo AC, Higgins I, Parker V. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2015.
23. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato;1998.
24. Vieira N, dos Santos M, Puggina A. Prevalência do diagnóstico de enfermagem “comunicação verbal prejudicada” nas unidades de um hospital privado. *Enfermagem em Foco*. 2019 [acesso em 2020 out 12];10(3). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2577>
25. Peterson AA, Carvalho EC. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 jan 08]; 64(4):692-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400010>
26. Holm A, Preyer P. Nurse-patient communication within context of non-sedated mechanical ventilation: a hermeneutic-phenomenological study. *Nursing in Critical Care*. 2017 [acesso em 2021 dez 2];23(2):88-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12297>



27. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M. Physical restraint in critical care units from the experience of doctors and nursing assistants: In search of an interdisciplinary interpretation. *Enfermería Intensiva*. 2020 [acesso em dez 15]; 31(1):19-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.02.001>
28. Basile MJ, Rubin E, Wilson ME et al. Humanizing the ICU patient: a qualitative exploration of behaviors experienced by patients, caregivers, and ICU staff. *Crit Care Explor*. 2021 [acesso em 2021 dez 15; 3(6): e0463. Disponível em: [10.1097/CCE.0000000000000463](https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000463)

Submissão: 2021-12-16

Aprovado: 2022-02-04