



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

CIBELLY PEREIRA TEIXEIRA

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR AGRAVOS NEUROLÓGICOS**

MOSSORÓ

2022

CIBELLY PEREIRA TEIXEIRA

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR AGRAVOS NEUROLÓGICOS**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) como requisito obrigatório para obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

**Orientador: Prof. Dr. Alcivan Nunes
Vieira**

MOSSORÓ

2022

© Todos os direitos estão reservados a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do(a) autor(a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu(a) respectivo(a) autor(a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

T266g Teixeira, Cibelly Pereira
GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM EM PACIENTES ACOMETIDOS POR
AGRAVOS NEUROLÓGICOS. / Cibelly Pereira Teixeira. -
Mossoró, 2022.
75p.

Orientador(a): Prof. Dr. Alcivan Nunes Vieira.
Monografia (Graduação em Enfermagem).
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. assistência de enfermagem. 2. dimensionamento da
equipe. 3. lesões encefálicas traumáticas. 4. AVE. I. Vieira,
Alcivan Nunes. II. Universidade do Estado do Rio Grande
do Norte. III. Título.

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pela Diretoria de Informatização (DINF), sob orientação dos bibliotecários do SIB-UERN, para ser adaptado às necessidades da comunidade acadêmica UERN.

CIBELLY PEREIRA TEIXEIRA

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES
ACOMETIDOS POR AGRAVOS NEUROLÓGICOS**

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/___.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alcivan Nunes Vieira (Orientador)
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Prof^a. Ma. Luzia Cibebe de Souza Maximiano
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Prof^a. Dr^a. Kalidia Felipe de Lima Costa
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Á minha vó Francisca, que me permitiu realizar o sonho de tornar-me enfermeira.

Á minha irmã Daiany, meu maior exemplo de força e apoio.

Ao meu sobrinho Ravi, minha fonte de amor e motivação de dias melhores.

AGRADECIMENTOS

A enfermagem sempre fez parte da minha vida, sempre almejei ser enfermeira, em 2018 quando entrei na FAEN fui consumida por um turbilhão de emoções. Quantos dias nessa jornada duvidei de mim mesma, quantas vezes achei que não seria capaz de continuar, mas aqui estamos hoje comemorando nossa conquista, digo nossa porque nunca seria capaz de conquistar o título de enfermeira sem aqueles que me apoiaram e me apoiam a cada passo dado nesses dias. Assim trago meus agradecimentos:

Deus sabe o quanto sou grata por ter sido criada por mulheres, e principalmente pela mais forte que conheço, meu mais sincero agradecimento é a minha vó, Francisca Bezerra. Vó, desde cedo a senhora encarou as dificuldades da vida, sozinha criou 7 filhos e 2 netas. Minha maior incentivadora, sempre me mostrou que o caminho mais honesto a seguir era através dos estudos, sempre me apoiou em cada escolha que tomei e me mostrou que não importa o tempo que eu passe fora, você sempre será casa, colo e amor. Essa conquista é sua vó, porque sem você, eu nunca seria quem sou hoje. Cada dia que passo longe de seu cuidado é buscando o melhor pra nossa família, obrigado vó, por ter aceitado cuidar de mim por esses 26 anos, você é meu tudo.

A minha irmã Daiany, crescer ao seu lado foi um privilégio, você me mostrou carinho, proteção e cuidado. Obrigada por intervir por mim sempre que precisei, obrigado por acreditar no meu sonho e me apoiar em tudo. Você é um exemplo de força, na qual me inspiro todos os dias. Obrigada por me conceder a dádiva do amor sendo tia, Ravi é minha fonte de luz e alegria, e me motiva a trabalhar muito pra comprar os brinquedos Fisher Price dele.

Ao meu tio Kelvin Teixeira, o primeiro a me acolher em Mossoró, sou eternamente grata por todo amor e carinho, por nossos cafés da tarde compartilhando cada experiência nova e que apesar dos caminhos diferentes, você sempre está no meu coração.

A minhas tias, em especial Tia Lena, por ser como uma mãe em toda minha história, me sinto honrada em te ter na minha vida.

A meus primos, que são muitos, mas que sempre estão em meu coração.

Á meu companheiro, Bernardo Rodrigues, obrigado por compartilhar essa jornada comigo, pelas noites em claro, pelas palavras de apoio quando me sentia incapaz, por tantas vezes me consolar nos momentos de ansiedade, por segurar minha mão nos momentos de insegurança e por acreditar cegamente na profissional que me tornei. Não tenho palavras para expressar o quanto te amo.

A minha sogra, Rita Rodrigues, por fazer de sua casa meu lar e por todas as marmitas que fazia com tanto carinho para mim nos dias corridos, obrigado pelo cuidado de mãe.

Creio fielmente que parte da conquista é a jornada e agradeço ao destino por me agradecer com pessoas tão boas que me acompanharam durante esse tempo.

Á Giovanna Sabrina, que ano passado me apresentou o desafio de dividir apartamento. Tive a honra de ver seu amadurecimento em tempo real, ver você contornar tantas dificuldades e seguir firme, se tornando uma excelente profissional. Sabrina, obrigado por me ajudar tanto, obrigado pelo afago e carinho inesperados que sempre me ofertou, obrigado por compartilhar tantos momentos bons comigo, apesar dos nossos temperamentos divergentes, eu aprendi tanto com você e me orgulho muito da mulher e profissional que vi você construir.

À Marcio Danillo, quem conhece sabe que o jeito fechado de Danillo é só fachada, nesses 4 anos você nunca me negou ajuda, esteve disposto a aconselhar e auxiliar em todos os momentos, mesmo com sua rotina corrida. Sem dúvidas é uma das pessoas mais sábias, humildes e altruístas que conheço. Agradeço a você Danillo por me ensinar a não me abater nas dificuldades que a enfermagem traz. Desejo ver todas as suas conquistas, que tenho certeza de que serão muitas porque você é um gigante e um dos melhores que conheço nessa faculdade.

À Carolina Barros, meu par de jarro, obrigado por ser meu ponto de apoio todo esse tempo, desde o início tivemos afinidade e nunca imaginei encontrar alguém tão semelhante a mim. Carol, você se tornou minha irmã, compartilhamos mais que essa graduação, compartilhamos nosso amadurecimento, nossos momentos de choro, de alegria e felicidade, nossos milhões de planos feitos durante nossos cafés da tarde, nossas inseguranças, nossas conquistas, de toda uma vida. Espero poder continuar contando com você, por aqui você sempre terá um lugar guardado no meu lar.

A meus amigos da FAEN, em especial meu grupo de estágio do Tarcísio. Vocês são incríveis, apesar das dificuldades e particularidades de cada conseguiram vencer e estão a um passo de serem reconhecidos. Parablenzo cada um e desejo que sejam profissionais satisfeitos com suas escolhas e mostrem o quanto são capacitados, por que vocês são esplêndidos.

A todas as pessoas que formam a FAEN, vocês são o pilar desse processo de educação, são espelhos para moldarmos nossa personalidade profissional. Agradeço a cada um de vocês pelo tempo investido em mim, pela confiança que depositaram, a alguns pelo abraço não só como mestres, mas como amigos. Hoje é uma honra estar a um passo de ser vista como colega de profissão e devo a vocês essa conquista. Meu mais sincero agradecimento.

Agradeço ao Programa de Educação Tutorial em Enfermagem de Mossoró, o qual participei como bolsista. Ser parte do PETEM mudou minha trajetória dentro da FAEN, me proporcionando oportunidades de partilhar vivências da academia com meus colegas. Agradeço em especial a Profa. Dra. Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes, a minha tutora, obrigado por ser luz no meu caminho.

Aos meus veteranos, Jussara, Barbara, Amanda, Adauto, Anne, Kiara, na qual são inspirações cotidianamente, que se tornaram amigos e me motivam a ser uma profissional de excelência. Obrigado por marcarem minha história.

Ao meu orientador Dr. Alcivan Nunes por me guiar nessa última etapa, por toda paciência e dedicação.

A minha banca, por me apoiarem e compartilharem esse último momento, vou levar cada ensinamento comigo. Em especial a Luzia Cibele por me convidar a participar da pesquisa que deu origem a esse trabalho e por toda a dedicação ao me guiar nessa última etapa. Agradeço também a Maria Eduarda que nos acompanhou em todo esse percurso, meninas vocês foram fundamentais na minha conquista.

Por último, agradeço à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte por ser instrumento para tantos como eu, vindo de outra cidade, deixando suas casas e aqueles que amam, para batalhar por um sonho, consigam conquistá-lo. Nesse dia, em que um dos tantos que lutam por melhores condições, conquista um título, é só uma porção da determinação que temos quando acreditamos nos nossos sonhos. Eu, que muitas noites sonhei, estou aqui hoje, para dizer que finalmente estou realizada. Eu sou enfermeira.

RESUMO

Os agravos neurológicos são eventos que levam o paciente a um mal estado geral, se manifestando principalmente pela perda da consciência, perda da atividade motora, afasia ou coma profundo. Entre os agravos neurológicos mais recorrentes destaca-se o Acidente Vascular Encefálico e o Traumatismo Cranioencefálico. No Brasil, as internações hospitalares devido a agravos neurológicos atingem números alarmantes e provocam um enorme impacto social, uma vez que grande parcela dos indivíduos acometidos desenvolve sequelas significativas, como déficit cognitivo e motor, além de que as internações geram altos custos econômicos. O paciente neurocrítico caracteriza-se como paciente grave, com indicativo para internação em Unidades de Terapia e necessidade de cuidados imediatos. Desse modo, a equipe de enfermagem é protagonista na melhora do quadro clínico desses pacientes, que demandam uma monitorização contínua. Diante disso, os resultados do presente trabalho vão contribuir para se elucidar novos aspectos relacionados ao perfil dos pacientes, à sua gravidade clínica e ao grau de dependência dos pacientes com a equipe de enfermagem, auxiliando assim, numa organização interna da unidade, com vistas à uma maior atenção aos pacientes que sejam suscetíveis ao agravamento do quadro. O objetivo da presente pesquisa é investigar o grau de dependência de cuidados de enfermagem em pacientes com agravos neurológicos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia, Mossoró - RN. Esta pesquisa tem natureza documental, transversal e retrospectiva, sendo um recorte de outro estudo realizado no mesmo hospital. A população deste estudo foi composta pelos pacientes admitidos na referida unidade com diagnósticos de agravos neurológicos no período de agosto de 2020 a setembro de 2021, obtendo-se uma amostra de 26 pacientes. A coleta dos dados ocorreu com o auxílio do Sistema de Classificação de Pacientes de Fugulin e dos prontuários desses pacientes. Constatou-se que os pacientes acometidos por agravos neurológicos no intervalo de tempo da pesquisa foi 57,69% homens, com mais de 60 anos, 73% apresentando Hipertensão Arterial Sistêmica e 36,84% Diabetes Mellitus. Na categoria de cuidado, os destaques foram para cuidado mínimo, semi-intensivo (50,00%) e de alta dependência (26,92%). Evidenciou-se que metade dos pacientes necessitaram de Ventilação Mecânica Invasiva, sendo a traqueostomia a principal intervenção realizada. Outro ponto de relevância é que 76,92% dos pacientes apresentaram algum processo infeccioso, com 80% dos casos sendo infecção pulmonar, o que levanta um alerta sobre as formas de prevenção de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde. No que se refere ao número de óbitos, os pacientes classificados em cuidados semi-intensivos e intensivos apresentaram uma porcentagem de 78,57% e os pacientes de cuidados de alta dependência 28,57%. Ademais, nota-se a escassez de estudos voltados para a temática de cuidados de enfermagem e dimensionamento de equipe, logo, os resultados da presente pesquisa podem convir como instrumento para estudos futuros que contribuam na melhor organização da assistência de enfermagem, de modo a ofertar um cuidado de forma individual, humanizado, de qualidade e íntegro, sem estar atrelado a sobrecarga dos profissionais.

Palavras-chave: assistência de enfermagem; dimensionamento da equipe; lesões encefálicas traumáticas; AVE.

ABSTRACT

Neurological disorders are events that lead the patient to a poor general condition, manifested mainly by loss of consciousness, loss of motor activity, aphasia, or deep coma. Among the most recurrent neurological disorders are strokes and traumatic brain injury. In Brazil, hospital admissions due to neurological disorders reach alarming numbers and cause an enormous social impact, since a large portion of the affected individuals develop significant sequelae, such as cognitive and motor deficits, and hospitalizations generate high economic costs. The neurocritical patient is characterized as a severe patient, with indication for admission to Therapy Units and need for immediate care. Thus, the nursing team is a protagonist in the improvement of the clinical picture of these patients, who demand continuous monitoring. Therefore, the results of the present study will contribute to elucidate new aspects related to the profile of the patients, their clinical severity and the degree of dependence of the patients on the nursing team, thus helping in the internal organization of the unit, with a view to a greater attention to patients who are susceptible to worsening of the condition. The objective of this research is to investigate the degree of dependence on nursing care in patients with neurological disorders admitted to an Intensive Care Unit at the Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia, Mossoró - RN. This research has a documental, cross-sectional and retrospective nature, being a cutout of another study conducted in the same hospital. The population of this study was composed of patients admitted to that unit with diagnoses of neurological disorders in the period from August 2020 to September 2021, obtaining a sample of 26 patients. Data collection occurred with the aid of the Fugulin Patient Classification System and the medical records of these patients. It was found that 57.69% of the patients who suffered from neurological disorders during the research period were male, over 60 years old, 73% with Systemic Arterial Hypertension and 36.84% with Diabetes Mellitus. In the category of care, the highlights were minimal care, semi-intensive (50.00%) and high dependency (26.92%). It was evidenced that half of the patients required Invasive Mechanical Ventilation, with tracheostomy being the main intervention performed. Another relevant point is that 76.92% of the patients presented some infectious process, with 80% of the cases being pulmonary infection, which raises an alert about the forms of prevention of Healthcare-Related Infections. Regarding the number of deaths, the patients classified as semi-intensive and intensive care had a percentage of 78.57% and the high dependency care patients 28.57%. Furthermore, it is noted the scarcity of studies focused on the theme of nursing care and team dimensioning. Therefore, the results of this research may serve as an instrument for future studies that contribute to the better organization of nursing care, in order to offer individualized, humanized, quality and integrity care, without being linked to the overload of professionals.

Keywords: nursing care; team dimensioning; traumatic brain injury; stroke.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes avaliados....	21
Quadro 2 - Estatística descritiva das variáveis gerais e clínicas dos pacientes.....	23
Quadro 3 - Característica dos procedimentos clínicos.....	24
Quadro 4 - Estatística descritiva da pontuação do MEWS e FUGULIN.....	28
Quadro 5 - Pontuação do MEWS segundo a caracterização do paciente.....	29
Quadro 6 - Pontuação do FUGULIN segundo a caracterização do paciente.....	33
Quadro 7 - Comparação do MEWS com perfil clínico e geral dos pacientes.....	38
Quadro 8 - Comparação do FUGULIN com perfil clínico e geral dos pacientes.....	43
Quadro 9 - Comparação do óbito com perfil clínico e geral dos pacientes.....	49
Quadro 10 - Classificação conforme o SCP de Fugulin e segundo o perfil clínico e geral dos pacientes.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEh	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVC	Cateter Venoso Central
DM	Diabetes Mellitus
DVA	Droga Vasoativa
EWS	Early Warning Scores
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HRTVM	Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia
IOT	Intubação Orotraqueal
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MEWS	Modified Early Warning Score
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda Vesical de Demora
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TQT	Traqueostomia
UPI	Unidade de Pessoas Infectadas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral:	18
2.2 Objetivos Específicos:	18
3 MÉTODO	19
3.1 Tipo de pesquisa	19
3.2 Local da pesquisa	19
3.3 População	19
3.4 Procedimento de coleta de dados	19
3.5 Análise dos dados	20
3.6 Considerações éticas	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	62
5.1 Perfil Sociodemográfico Dos Pacientes Acometidos Com Agravos Neurológicos	62
5.2 Grau de dependência de cuidados de enfermagem em pacientes com agravos neurológicos	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
ANEXO A – Instrumento para coleta de dados em prontuário	73
ANEXO B – Sistema de Classificação de Fugulin	75

1 INTRODUÇÃO

Os agravos neurológicos são ocorrências que levam o paciente a um mal estado geral, se manifestando principalmente pela perda da consciência, perda da atividade motora, afasia ou coma profundo. Um levantamento nacional, realizado em 2020, fundamentado em dados epidemiológicos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) brasileiras, constatou que 13,80% das internações estão associadas a causas neurológicas (CABRAL, 2020).

Dentre os agravos neurológicos, destaca-se o AVE (Acidente Vascular Encefálico), que pode ser definido como uma emergência médica, caracterizando-se como uma síndrome neurológica que resulta da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, de início súbito, sendo classificado como AVE isquêmico (AVEi) ou AVE hemorrágico (AVEh). Seus sinais e sintomas clínicos podem se desenvolver a partir de distúrbios neurológicos focais ou globais, que duram cerca de 24 horas ou mais, causando alterações cognitivas e sensório-motoras que vão depender da extensão e área da lesão (BARELLA; *et al.*, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (2017), destaca o AVE como a segunda maior causa de morte no mundo, responsável por aproximadamente 6,7 milhões de óbitos em 2016. Há uma tendência dessa patologia se manter nessa posição até o ano de 2030, sendo responsável por cerca de 12,2% dos óbitos previstos.

Segundo dados extraídos do Ministério da Saúde (2021), no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de domínio público do Sistema Único de Saúde (DATASUS), nos anos de 2018 a 2021 ocorreram, no Brasil, 617.132 internações decorrentes de AVE, sendo 95.459 com desfecho de óbitos. A região Nordeste se destacou com 174.863 internações nos anos de 2018 a 2021, por sua vez, o Rio Grande do Norte apresentou 8.323 internações, sendo 1.332 óbitos.

Cavalcante e colaboradores (2010) destaca que embora o AVE seja uma doença cerebrovascular passível de acontecer em qualquer faixa etária, sua incidência aumenta à medida que avança a idade e dobra aproximadamente a cada década de vida. A ocorrência do AVE tem pico entre a sétima e a oitava décadas de vida, quando se somam as alterações cardiovasculares e metabólicas relacionadas ao processo de envelhecimento. Contudo, Correia e colaboradores (2018), discutem que a incidência do AVE em adultos com menos de 55 anos tem aumentado na última

década, estimando-se uma variação entre 5,76 e 39,79/100.000 indivíduos, conforme as diferentes características demográficas de cada população.

Os fatores de risco para a doença são divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis incluem: idade avançada, o sexo masculino e a raça negra. Por sua vez, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e o tabagismo são os principais fatores modificáveis. Outros fatores apresentam risco potencial como, sedentarismo, obesidade e alcoolismo. Diversos déficits neurológicos compreendem seus sintomas, a depender da localização da lesão, tamanho da área afetada e quantidade de fluxo sanguíneo colateral (SANTOS, WATTERS, 2020).

Um terço dos doentes que sobrevivem ao AVE agudo permanece com incapacidade importante e 10% necessitam dos cuidados constantes de terceiros devido à incapacidade grave com déficits motores, disfunções sensoriais, do equilíbrio, da coordenação, distúrbios da comunicação, além de comprometimentos cognitivos e intelectuais que incluem muitas vezes, a demência (LIMA, PETRIBÚ, 2016). Conforme Cavalcante (2010), a mortalidade por acidente vascular encefálico é maior nas regiões mais pobres do Brasil, como a Norte, a Nordeste e a Centro-Oeste, e em grande parte, a ocorrência dessa elevada mortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis.

Outro agravo neurológico que destaca-se nas internações hospitalares é o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) que pode ser definido como qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio, como fratura ou laceração do couro cabeludo, bem como o comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vasos, resultando em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional (BRASIL, 2015).

A lesão primária referente ao TCE é resultante da ação mecânica do trauma que age diretamente nos neurônios, vasos sanguíneos e nas células da glia. A partir de então, iniciam-se as lesões secundárias que acontecem dentro de horas ou semanas e são resultados de processos inflamatórios, neuroquímicos e metabólicos. Após o trauma inicial, uma sequência de complicações ocorrem, como lesão de axônios, comprometimento do fluxo sanguíneo e aumento da pressão intracraniana (MAGALHÃES; *et al.*, 2017).

O TCE tem impacto significativo na saúde da população em geral, destaca-se uma evidente influência tanto na morbidade, quanto na mortalidade do paciente hospitalar, representando de 15% a 20% das mortes em vítimas com idade entre 15 a 45 anos, sendo responsável por 1% de todos os óbitos em adultos. Cerca de 60% dos pacientes que sobreviveram ao TCE apresentaram sequelas significativas como déficit cognitivo e motor, originando impactos socioeconômicos e emocionais às vítimas e a seus familiares (OLIVEIRA; *et al.*, 2018).

Carteri e Silva (2020) apresentam em sua análise que, entre 2008 e 2019 ocorreram, no Brasil, em média, 131.014,83 internações hospitalares ao ano devidas ao TCE, onde pode-se observar uma incidência de 65,54 por 100 mil habitantes, ademais, os autores apontam que a principal causa de TCE são os acidentes automobilísticos envolvendo motos, seguido por quedas, esportes de contato, violência, suicídio ou queda de objetos atingindo a região do crânio.

Destaca-se o quanto, é notório o enorme impacto social causado por agravos neurológicos, devido a repercussão econômica atrelada a sua ocorrência, tanto por atingir uma parcela de indivíduos que se encontram em idade reprodutiva, como também pelos custos gerados em decorrência das hospitalizações (BARROS, FURTADO, BONFIM, 2015).

É notório que os pacientes acometidos por agravos neurológicos necessitam de cuidados em tempo hábil, a fim de evitar o agravamento do quadro, sequelas permanentes ou óbito. Diante dessa circunstância, a equipe de enfermagem é elemento primordial para a estabilização e recuperação desses pacientes. Salienta-se que a demanda do tratamento intensivo reflete prontamente na carga de trabalho de enfermagem, destacando a necessidade de estratégias que assegurem o melhor uso de recursos humanos, quantidade suficiente de profissionais, assistência segura e de qualidade (OLIVEIRA; *et al.*, 2018).

Zambonin e colaboradores (2019) discutem a necessidade de conhecer as características do quadro clínico de quaisquer pacientes, buscando prover um cuidado individualizado, eficaz e resolutivo, sem sobrecarregar a equipe de enfermagem. Diante disso, constata-se que um dos recursos metodológicos para a organização da equipe de enfermagem é o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) proposto por Fugulin, esse instrumento utiliza 9 indicadores críticos de cuidado, sendo eles: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica.

Cada uma dessas áreas possui gradação da complexidade assistencial que variam de 1 a 4 pontos, a fim de categorizar a intensidade crescente do grau de dependência do cuidado. Por fim, o paciente é classificado em uma das categorias: paciente em cuidados mínimos de 9 a 14 pontos; paciente em cuidados intermediários de 15 a 20 pontos; paciente em cuidados de alta dependência de 21 a 26 pontos; paciente em cuidados semi-intensivos de 27 a 31 pontos; e paciente em cuidados intensivos acima de 31 pontos (ZAMBONIN; *et al.*, 2019).

Ressalta-se que O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução no 543/2017, que estabelece parâmetros oficiais para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, referendou o SCP para utilização nas unidades de serviços de saúde, partindo dessa classificação, o órgão indicou as horas mínimas de assistência e, também, a distribuição percentual dos profissionais de enfermagem para cada tipo de cuidado (COFEN, 2017).

Logo, evidencia-se a essencialidade de conhecer e identificar os sinais de alerta em caso de agravamento do quadro clínico dos pacientes, para tal finalidade o uso das escalas e escores é fundamental na assistência. Dentre esses instrumentos, destaque-se também o Escore de Alerta Precoce (Early Warning Scores - EWS) e a sua versão modificada, o Modified Early Warning Score - MEWS, que consiste na atribuição de valores de 0 a 3 para os seguintes parâmetros: frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, nível de consciência e temperatura. A soma desses valores representa o MEWS que indica se há deterioração das funções vitais, logo, evidencia os pacientes que necessitam de maior atenção por parte da equipe multiprofissional (MAXIMIANO; *et al.*, 2022).

Com base na problemática exposta questiona-se: como se caracteriza o grau de dependência de cuidados de enfermagem em pacientes com agravos neurológicos admitidos na UTI? O que está relacionado a uma maior dependência de cuidados durante a internação hospitalar? Qual a prevalência do desfecho dessas internações?

A importância desta pesquisa pauta-se, principalmente, nos números cada vez mais elevados de agravos neurológicos apresentados nos últimos anos e os altos índices de internamento seguido por óbitos, devido a essa situação. Os dados já apresentados anteriormente, demonstram que a faixa etária de indivíduos que sofrem danos neurológicos diminuiu consideravelmente, assim como os fatores de risco são alterados devido a diversas circunstâncias, como idade, hábitos de vida e fatores ambientais. Diante disso, os resultados do presente trabalho vão contribuir para se

elucidar novos aspectos relacionados ao perfil dos pacientes, à sua gravidade clínica e ao grau de dependência dos pacientes com a equipe de enfermagem, auxiliando assim, numa organização interna da UTI, com vistas à uma maior atenção aos pacientes que sejam suscetíveis ao agravamento do quadro.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Investigar o grau de dependência de cuidados de enfermagem em pacientes com agravos neurológicos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia, Mossoró - RN.

2.2 Objetivos Específicos:

Identificar a prevalência dos casos de agravos neurológicos admitidos nas Unidades de Terapia Intensiva.

Especificar o perfil de gravidade clínica dos pacientes através do Fugulin e a sua relação com o desfecho da internação.

Descrever a carga de doenças que o agravo neurológico representa no campo pesquisado: prevalência, tempo de internação, graus de dependência de cuidados.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa tem natureza documental, transversal e retrospectiva e se configura como um estudo de abordagem quantitativa, pois segundo Richardson (2012), a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Outrossim, assume natureza transversal, uma vez que o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

3.2 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), situado na rua Projetada, s/n – Aeroporto, no município de Mossoró-RN, CEP: 59607-100.

3.3 População

A população deste estudo correspondeu a todos os pacientes admitidos na UTI do HRTVM com diagnósticos de agravos neurológicos no período de agosto de 2020 a setembro de 2021, obtendo-se uma amostra de 26 pacientes.

Como critérios de inclusão aplicou-se: pacientes com idade superior a 18 anos e que foram diagnosticados com agravos neurológicos. Foram excluídos os prontuários que não continham os dados de internação preenchidos corretamente, como exemplo procedência do paciente, caso transferência, para qual setor ou hospital e dados sociodemográficos.

3.4 Procedimento de coleta de dados

Os dados apresentados nesta pesquisa foram coletados através de um formulário, composto por itens que buscam compreender a caracterização do perfil clínico dos pacientes (ANEXO A). Este instrumento visa registrar os seguintes dados: idade e sexo; etiologia do agravo neurológico; MEWS; comorbidades; uso de VMI (Ventilação Mecânica Invasiva); complicações clínicas durante internação na UTI; desfecho da internação na UTI; desfecho da internação no serviço.

Utilizou-se, conjuntamente, O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) de Fugulin (ANEXO B), que como discutido anteriormente, visa categorizar o cuidado preciso para cada paciente de acordo com os graus de dependência da equipe de enfermagem, sendo eles: cuidado intensivo, semi-intensivo, alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos.

3.5 Análise dos dados

Inicialmente será realizada análise paramétrica dos dados, destacando: variância, distribuição, normalidade, frequência, média, moda, mediana; em seguida será realizada uma análise bivariada onde fixou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%). Antes de serem realizados os testes estatísticos, será verificada a normalidade das variáveis (teste de Kolmogorov-Smirnov), bem como a igualdade de variâncias (teste de Levene); os dados serão processados no SPSS versão 20.0.

3.6 Considerações éticas

Este estudo trata-se de um recorte do projeto “Gravidade clínica e grau de dependência de cuidados de enfermagem em pacientes transferidos da UTI para as unidades de internação hospitalar”, aprovado pelo CEP UERN com o parecer nº 3.835.536 de 13/02/2020. O anonimato do paciente foi mantido, assim como dos dados que possam identificá-lo, garantindo a privacidade, sigilo e confidencialidade. Usou-se letras e números (P1, P2, P3 etc.) para identificar os participantes da pesquisa a fim de respeitar a confidencialidade das informações e dos dados obtidos.

Os riscos desta pesquisa foram: invasão de privacidade, exposição dos dados dos prontuários, constrangimento. Estes riscos foram minimizados devido a codificação alfanumérica dos participantes (P1, P2, P3 etc.). Os benefícios desta pesquisa foram auxiliar na melhoria do atendimento emergencial ao paciente acometido com agravos neurológicos, uma vez que, o diagnóstico rápido é fator determinante para o quadro do paciente e conseqüentemente, sua recuperação. Outrossim, os resultados desse estudo podem fortalecer a utilização de SCP, para contribuir na melhor organização da equipe de enfermagem, de forma a ofertar o cuidado necessário sem sobrecarregar os profissionais.

4 RESULTADOS

Seguidamente serão apontados os resultados obtidos neste estudo, acerca da dependência dos cuidados de enfermagem com pacientes acometidos por agravos neurológicos internados na UTI do HRTM. Os resultados serão expressos em tabelas contendo dados referentes a sexo, idade, média de permanência em UTI, pontuação MEWS dentre outros, os mesmos serão discutidos detalhadamente em texto, com associação das variáveis inclusas.

O Quadro 1 descreve as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes que fizeram parte do estudo.

Quadro 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes avaliados.

Caracterização		Frequência absoluta	%
Sexo	Masculino	15	57,69
	Feminino	11	42,31
Idade	Até 60 anos	13	50,00
	Acima de 60 anos	13	50,00
Categoria de cuidado	Cuidado mínimo	3	11,54
	Cuidado intermediário	2	7,69
	Cuidado semi-intensivo	13	50,00
	Cuidado intensivo	1	3,85

	Cuidado de alta dependência	7	26,92
Comorbidades	Sim	19	73,08
	Não	7	26,92
Tipo de comorbidades ou fatores de risco (Múltipla resposta)	Hipertensão Arterial Sistêmica	15	78,95
	Diabetes Mellitus	7	36,84
	Insuficiência Cardíaca	1	5,26
	Etilismo	2	10,53
	Dependência de álcool e outras drogas	2	10,53
	Tabagismo	1	5,26
Doenças de base na UTI	Sim	15	57,69
	Não	11	42,31
	Total	26	100,00

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022)

No que concerne ao sexo, os resultados demonstraram que, 57,69% são do sexo masculino. Metade possuem idade de até 60 anos e 50,00% acima de 60 anos. Na categoria de cuidado, os destaques foram para cuidado mínimo, semi-intensivo (50,00%) e de alta dependência (26,92%).

Quanto aos principais motivos de internação hospitalar, 96,15% são neurológicos, sendo 59% agravos neurológicos traumáticos e 41% agravos neurológicos clínicos. Já nos principais motivos de internação na UTI, 84,62% são neurológicos e 15,38% respiratórios.

Referente às comorbidades, 73,08% dos pacientes apresentaram algum tipo, destacando-se a Hipertensão arterial (78,95%), Diabetes Mellitus (36,84%). A porcentagem de pacientes que desenvolveram doenças durante a internação na UTI foi de 57,69%.

O Quadro 2 expõe as estatísticas descritivas das variáveis gerais e clínicas dos pacientes.

Quadro 2 - Estatística descritiva das variáveis gerais e clínicas dos pacientes

Variável	Mínimo	Máximo	25%	Media na	75%	IQ	Mé- di a	DP	CV	Valor -p ⁽¹⁾
Idade (em anos)	22,00	104,00	34,00	61,00	77,00	43,00	56,69	24,06	42,44	0,168
Tempo de VMI (em dias)	1,00	41,00	8,00	13,00	14,00	6,00	15,08	13,07	86,67	0,016
Tempo de oxigenoterapia (em dias)	1,00	8,00	3,00	4,00	8,00	5,00	4,67	2,88	61,61	0,343
Tempo de IOT (em dias)	1,00	14,00	5,00	9,50	13,00	8,00	8,75	4,52	51,60	0,216

Tempo de TQT (em dias)	7,00	36,00	10,00	26,00	28,00	18,00	21,40	12,40	57,95	0,449
Duração da internação na UTI	2,00	41,00	5,00	9,00	14,00	9,00	11,54	10,59	91,79	<0,001

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022). IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação (1) Teste de *Shapiro Wilk* para verificar a normalidade dos dados.

Verifica-se que a idade média dos pacientes é de 56,69 anos com desvio padrão de 24,06, com idade mínima e máxima de 22 e 104 anos, respectivamente. Quanto ao tempo médio de VMI, há um intervalo de $15,08 \pm 13,07$ dias, já referente a duração da internação na UTI os resultados foram $11,54 \pm 10,59$ dias.

No Quadro 3 é apresentando as características dos procedimentos clínicos aos quais os pacientes foram submetidos.

Quadro 3 - Característica dos procedimentos clínicos

Caracterização		Frequência absoluta	%
Cirurgia	Sim	7	26,92
	Não	19	73,08
Ventilação Mecânica Invasiva – VMI	Sim	13	50,00
	Não	13	50,00
Oxigenoterapia	Sim	6	23,08

	Não	20	76,92
Tipo de oxigenoterapia (Múltipla resposta)	Cateter nasal	5	71,42
	Máscara de Venturi	1	14,29
	Macronebulização	1	14,29
Tubo Orotraqueal - TOT	Sim	12	46,15
	Não	14	53,85
Traqueostomia - TQT	Sim	5	19,23
	Não	21	80,77
Cateter venoso central – CVC	Sim	13	50,00
	Não	13	50,00
Hemodiálise	Sim	1	3,85
	Não	25	96,15
	Sim	16	61,54

Sonda Vesical de Demora – SDV	Não	10	38,46
Droga Vasoativa - DVA	Sim	5	19,23
	Não	21	80,77
Processo infeccioso	Sim	20	76,92
	Não	6	23,08
Tipo de infecção (Múltipla resposta)	Pulmonar	16	80,00
	COVID	1	5,00
	Germe MMDR	1	5,00
	Pneumonia Nosocomial	1	5,00
	Renal	1	5,00
	Respiratório	1	5,00
	Sangue	1	5,00
	Sepse	1	5,00

Transferência para qual setor	Clínica médica	19	73,08
	UPI	4	15,38
	Enfermaria COVID	2	7,69
	Clínica cirúrgica	1	3,85
Desfecho	Óbito	15	57,69
	Alta	9	34,61
	Permanência por características próprias	1	3,85
	Transferido para outro estabelecimento	1	3,85
Óbito	Sim	15	57,69
	Não	11	42,31
	Total	26	100,00

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022).

No quadro acima observamos que 26,92% dos pacientes se submeteram a algum procedimento cirúrgico, na qual todos foram de urgência. Observamos também que 50,00% VMI, sendo: 46,15% à TOT e 19,23% à TQT. Outro ponto de relevância

é que 76,92% dos pacientes apresentaram algum processo infeccioso, sendo infecção pulmonar na maior parte dos casos (80,00%).

A respeito da transferência intra hospitalar, 73,08% dos pacientes foram para clínica médica, 15,38% UPI, 7,69% enfermagem COVID e 3,85% clínica cirúrgica. Quanto ao desfecho dos casos, 57,69% dos pacientes foram a óbito, 34,61% tiveram alta hospitalar e 3,85% transferência para outros hospitais.

O Quadro 4 expõe os parâmetros estatísticos que descrevem a pontuação do MEWS e do FUGULIN.

Tabela 4 - Estatística descritiva da pontuação do MEWS e FUGULIN

Variáveis	Mínimo	Máximo	25 %	Media	75 %	IQ	Média	DP	CV	Valor-p ⁽¹⁾	Correlação de Spearman
MEWS	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,92	1,26	43,19	0,022	0,34*
FUGULIN	13,00	36,00	23,00	28,00	32,00	9,00	26,92	6,50	24,16	0,026	

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022). IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação (1) Teste de *Shapiro Wilk* para verificar a normalidade dos dados. *Valor-p>0,05.

Através do teste *Shapiro Wilk*, que verifica a suposição de normalidade dos dados, para um nível de significância de 5%, tem-se evidências que o MEWS e FUGULIN, não possuem distribuição normal. Portanto, sendo aplicáveis testes estatísticos não paramétricos.

Por meio do teste de correlação de Spearman, atribuindo o nível de significância de 5%, não temos evidências de correlação estatisticamente significativa entre MEWS e FUGULIN.

No Quadro 5, observamos a pontuação do MEWS segundo a caracterização dos pacientes.

Quadro 5 - Pontuação do MEWS segundo a caracterização do paciente

Caracterização		Míni mo	Máxi mo	25 %	Media na	75 %	IQ	Mé dia	D P	CV	Valor -p
Sexo	Feminino	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,18	1,25	39,30	0,357 (¹)
	Masculino	1,00	5,00	2,00	2,00	4,00	2,00	2,73	1,28	46,82	
Idade	≤ 60 anos	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,62	1,26	48,21	0,204 (¹)
	> 60 anos	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,23	1,24	38,23	
Agravo Neurológico	Sim	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,91	1,27	43,62	1,000 (¹)
	Não	2,00	5,00	2,00	2,50	4,00	2,00	3,00	1,41	47,14	
Agravo Respiratório	Sim	3,00	5,00	3,00	4,00	5,00	2,00	4,00	1,15	28,87	0,081 (¹)
	Não	1,00	5,00	2,00	2,50	4,00	2,00	2,73	1,20	44,09	
Agravo Metabólico	Sim	1,00	4,00	1,00	4,00	4,00	3,00	3,00	1,73	57,74	0,880 (¹)

	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,91	1,24	42,57	
Agravo Renal	Sim	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,095⁽¹⁾
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,78	1,28	45,92	
Comorbidades	Sim	1,00	5,00	2,00	2,00	4,00	2,00	2,79	1,36	48,66	0,306⁽¹⁾
	Não	2,00	5,00	3,00	3,00	4,00	1,00	3,29	0,95	28,95	
HAS	Sim	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,13	1,30	41,55	0,384⁽¹⁾
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,64	1,21	45,75	
DM	Sim	1,00	5,00	2,00	4,00	5,00	3,00	3,43	1,51	44,10	0,254⁽¹⁾
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,74	1,15	41,91	
	Sim	1,00	5,00	2,00	2,00	4,00	2,00	2,67	1,29	48,41	0,180⁽¹⁾

Doença base na UTI	Não	1,00	5,00	3,00	3,00	4,00	1,00	3,27	1,19	36,39	
Cirurgia	Sim	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,29	1,11	48,68	0,152⁽¹⁾
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,16	1,26	39,86	
VMI	Sim	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,69	1,25	46,45	0,390⁽¹⁾
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,15	1,28	40,62	
Oxigenoterapia	Sim	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,33	1,03	44,26	0,219⁽¹⁾
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,10	1,29	41,73	
TOT	Sim	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,83	1,19	42,12	0,781⁽¹⁾
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	1,36	45,29	
TQT	Sim	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,20	0,84	38,03	0,200⁽¹⁾

	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,10	1,30	42,01	
CVC	Sim	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	1,22	40,82	0,762 (¹)
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,85	1,34	47,24	
SVD	Sim	1,00	5,00	2,00	3,00	4,50	2,50	3,25	1,34	41,28	0,150 (¹)
	Não	1,00	4,00	2,00	2,50	3,00	1,00	2,40	0,97	40,25	
DVA	Sim	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,60	1,52	58,33	0,486 (¹)
	Não	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	1,22	40,82	
Infecção	Sim	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,00	1,17	38,99	0,573 (¹)
	Não	1,00	5,00	1,00	2,50	4,00	3,00	2,67	1,63	61,24	
Óbito	Sim	2,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,27	1,03	31,62	0,087 (¹)

	Não	1,00	5,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,45	1,44	58,65	
Categoria do cuidado	Mínimo/ Intermediário	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,22	61,24	0,172⁽¹⁾
	Semi-intensivo / Intensivo	2,00	5,00	2,00	3,00	4,00	2,00	3,14	1,10	34,98	
	Alta dependência	1,00	5,00	2,00	3,00	5,00	3,00	3,14	1,46	46,58	

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022) IQ: Intervalo Interquartilício DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação (1) Teste Mann-Whitney (2) Teste de Kruskal Wallis As medianas seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Foi aplicado o Teste de Bonferroni ao nível significância de 5%.

Através do teste Mann-Whitney ou de Kruskal Wallis, atribuindo um nível de significância de 5%, não temos evidências de diferença estatística entre a pontuação de MEWS com a caracterização dos pacientes.

O quadro 6 descreve a pontuação de Fugulin segundo a caracterização do paciente.

Quadro 6 - Pontuação do FUGULIN segundo a caracterização do paciente

Caracterização		Mínimo	Máximo	25 %	Mediana	75 %	IQ	Média	D P	CV	Valor -p
Sexo	Feminino	21,00	36,00	26,00	28,00	34,00	8,00	29,18	4,42	15,16	0,237⁽¹⁾

	Masculino	13,00	34,00	22,00	27,00	32,00	10,00	25,27	7,39	29,25	
Idade	≤ 60 anos	13,00	34,00	22,00	23,00	28,00	6,00	23,38	6,60	28,23	0,007⁽¹⁾
	> 60 anos	21,00	36,00	28,00	32,00	33,00	5,00	30,46	4,18	13,71	
Agravo Neurológico	Sim	13,00	36,00	23,00	28,00	32,00	9,00	26,73	6,83	25,54	0,864⁽¹⁾
	Não	22,00	34,00	24,50	28,00	31,50	7,00	28,00	4,97	17,74	
Agravo Respiratório	Sim	23,00	34,00	28,50	34,00	34,00	5,50	31,25	5,50	17,60	0,081⁽¹⁾
	Não	13,00	36,00	23,00	27,50	32,00	9,00	26,14	6,47	24,75	
Agravo Metabólico	Sim	21,00	32,00	21,00	27,00	32,00	11,00	26,67	5,51	20,65	0,648⁽¹⁾
	Não	13,00	36,00	23,00	28,00	33,00	10,00	26,96	6,73	24,97	
Agravo Renal	Sim	28,00	33,00	28,00	32,00	33,00	5,00	31,00	2,65	8,53	0,275⁽¹⁾

	Não	13,00	36,00	23,00	27,00	32,00	9,00	26,39	6,70	25,39	
Comorbidades	Sim	13,00	36,00	22,00	28,00	33,00	11,00	26,58	7,27	27,37	0,910⁽¹⁾
	Não	23,00	33,00	23,00	29,00	32,00	9,00	27,86	4,02	14,42	
HAS	Sim	13,00	36,00	26,00	28,00	34,00	8,00	28,60	6,14	21,46	0,121⁽¹⁾
	Não	13,00	33,00	22,00	26,00	29,00	7,00	24,64	6,56	26,63	
DM	Sim	27,00	34,00	28,00	28,00	32,00	4,00	29,86	2,73	9,16	0,231⁽¹⁾
	Não	13,00	36,00	22,00	26,00	33,00	11,00	25,84	7,19	27,82	
Doença base na UTI	Sim	13,00	36,00	22,00	27,00	33,00	11,00	26,93	7,19	26,68	0,878⁽¹⁾
	Não	13,00	34,00	23,00	28,00	32,00	9,00	26,91	5,79	21,51	
Cirurgia	Sim	14,00	33,00	21,00	26,00	29,00	8,00	24,57	6,19	25,18	0,188⁽¹⁾

	Não	13,00	36,00	23,00	28,00	33,00	10,00	27,79	6,56	23,61	
VMI	Sim	14,00	34,00	23,00	27,00	32,00	9,00	26,77	5,53	20,64	0,579⁽¹⁾
	Não	13,00	36,00	23,00	28,00	33,00	10,00	27,08	7,59	28,02	
Oxigenoterapia	Sim	14,00	36,00	21,00	30,50	34,00	13,00	27,67	8,50	30,73	0,494⁽¹⁾
	Não	13,00	34,00	23,00	27,50	32,00	9,00	26,70	6,04	22,61	
TOT	Sim	14,00	34,00	23,00	26,50	32,00	9,00	26,75	5,77	21,57	0,631⁽¹⁾
	Não	13,00	36,00	23,00	28,00	33,00	10,00	27,07	7,29	26,93	
TQT	Sim	22,00	33,00	27,00	29,00	32,00	5,00	28,60	4,39	15,36	0,705⁽¹⁾
	Não	13,00	36,00	23,00	28,00	32,00	9,00	26,52	6,94	26,16	
CVC	Sim	14,00	36,00	23,00	29,00	33,00	10,00	28,08	6,34	22,59	0,336⁽¹⁾

	Não	13,00	34,00	23,00	27,00	28,00	5,00	25,77	6,71	26,04	
SVD	Sim	13,00	36,00	22,50	30,50	33,00	10,50	27,63	7,15	25,90	0,336⁽¹⁾
	Não	13,00	34,00	23,00	27,00	28,00	5,00	25,80	5,47	21,21	
DVA	Sim	14,00	32,00	22,00	23,00	26,00	4,00	23,40	6,54	27,96	0,121⁽¹⁾
	Não	13,00	36,00	26,00	28,00	33,00	7,00	27,76	6,36	22,92	
Infecção	Sim	13,00	36,00	23,00	28,00	32,50	9,50	27,15	6,37	23,46	0,836⁽¹⁾
	Não	13,00	34,00	23,00	27,50	32,00	9,00	26,17	7,52	28,74	
Óbito	Sim	21,00	36,00	26,00	32,00	34,00	8,00	30,07	4,62	15,37	0,006⁽¹⁾
	Não	13,00	29,00	14,00	23,00	28,00	14,00	22,64	6,39	28,24	
Categoria do cuidado	Mínimo/ Intermediário	13,00	22,00	13,00	14,00 ^B	21,00	8,00	16,60	4,51	27,14	<0,001⁽²⁾

	Semi-intensivo / Intensivo	27,00	36,00	29,00	32,00 ^A	34,00	5,00	31,50	2,79	8,87	
	Alta	23,00	28,00	23,00	26,00 ^A	27,00	4,00	25,14	2,12	8,41	

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022) IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação (1) Teste Mann-Whitney (2) Teste de Kruskal Wallis. As medianas seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Foi aplicado o Teste de Bonferroni ao nível de significância de 5%.

Os maiores graus de dependência de cuidados foram identificados em pacientes com mais de 60 anos e que possuem comorbidades como HAS e DM, atingindo uma pontuação máxima no SCP de Fugulin de 36 pontos. Outro ponto de relevância foram os pacientes submetidos a procedimentos invasivos com CVC e SVD, assim como VMI, que atingiram uma pontuação média respectivamente de 28,08; 27,63 e 26,77 pontos.

Através do teste Mann-Whitney e Kruskal Wallis, atribuindo um nível de significância de 5%, temos evidências de diferença estatística entre a pontuação de Fugulin a idade dos pacientes e classificação de cuidado. Onde os pacientes que apresentaram maior pontuação de Fugulin foram aqueles com idade acima de 60 anos. Além disso, na categoria de cuidado mínimo ou intermediário apresentou menor pontuação de Fugulin.

O Quadro 7 descreve a comparação na avaliação por MEWS de acordo com o perfil clínico e geral dos pacientes.

Quadro 7 - Comparação do MEWS com perfil clínico e geral dos pacientes

Caracterização		MEWS		Total	Valor-p	Razão de Chance [IC95%]
		< 3	≥ 3			
Sexo	Feminino	27,27% (n=3)	72,73% (n=8)	100,00% (n=11)	0,246⁽²⁾	

	Masculino	53,33% (n=8)	46,67% (n=7)	100,00% (n=15)		0,33 [0,06 ; 1,74]
Idade	≤ 60 anos	53,85% (n=7)	46,15% (n=6)	100,00% (n=13)	0,234⁽¹⁾	2,62 [0,53 ; 13,07]
	> 60 anos	30,77% (n=4)	69,23% (n=9)	100,00% (n=13)		
Agravos Neurológicos	Sim	40,91% (n=9)	59,09% (n=13)	100,00% (n=22)	1,000⁽²⁾	0,69 [0,08 ; 5,86]
	Não	50,00% (n=2)	50,00% (n=2)	100,00% (n=4)		
Agravos Respiratórios	Sim	---	100,00% (n=4)	100,00% (n=4)	0,113⁽²⁾	---
	Não	50,00% (n=11)	50,00% (n=11)	100,00% (n=22)		
Agravos Metabólicos	Sim	33,33% (n=1)	66,67% (n=2)	100,00% (n=3)	1,000⁽²⁾	0,65 [0,05 ; 8,23]
	Não	43,48% (n=10)	56,52% (n=13)	100,00% (n=23)		
Agravos Renais	Sim	---	100,00% (n=3)	100,00% (n=3)	0,238⁽²⁾	---

	Não	47,83% (n=11)	52,17% (n=12)	100,00% (n=23)		
Comorbidades	Sim	52,63% (n=10)	47,37% (n=9)	100,00% (n=19)	0,178⁽²⁾	6,67 [0,67 ; 66,53]
	Não	14,29% (n=1)	85,71% (n=6)	100,00% (n=7)		
HAS	Sim	40,00% (n=6)	60,00% (n=9)	100,00% (n=15)	1,000⁽²⁾	0,80 [0,17 ; 3,86]
	Não	45,45% (n=5)	54,55% (n=6)	100,00% (n=11)		
DM	Sim	28,57% (n=2)	71,43% (n=5)	100,00% (n=7)	0,658⁽²⁾	0,44 [0,07 ; 2,87]
	Não	47,37% (n=9)	52,63% (n=10)	100,00% (n=19)		
Doenças de base UTI	Sim	60,00% (n=9)	40,00% (n=6)	100,00% (n=15)	0,051⁽²⁾	6,75 [1,06 ; 42,84]
	Não	18,18% (n=2)	81,82% (n=9)	100,00% (n=11)		
Cirurgia	Sim	57,14% (n=4)	42,86% (n=3)	100,00% (n=7)	0,407⁽²⁾	

	Não	36,84% (n=7)	63,16% (n=12)	100,00% (n=19)		2,29 [0,39 ; 13,33]
VMI	Sim	46,15% (n=6)	53,85% (n=7)	100,00% (n=13)	0,691⁽¹⁾	1,37 [0,29 ; 6,53]
	Não	38,46% (n=5)	61,54% (n=8)	100,00% (n=13)		
Oxigenoterapia	Sim	66,67% (n=4)	33,33% (n=2)	100,00% (n=6)	0,348⁽²⁾	3,71 [0,54 ; 25,59]
	Não	35,00% (n=7)	65,00% (n=13)	100,00% (n=20)		
TOT	Sim	41,67% (n=5)	58,33% (n=7)	100,00% (n=12)	0,951⁽¹⁾	0,95 [0,20 ; 4,54]
	Não	42,86% (n=6)	57,14% (n=8)	100,00% (n=14)		
TQT	Sim	60,00% (n=3)	40,00% (n=2)	100,00% (n=5)	0,620⁽²⁾	2,44 [0,33 ; 17,91]
	Não	38,10% (n=8)	61,90% (n=13)	100,00% (n=21)		

CVC	Sim	38,46% (n=5)	61,54% (n=8)	100,00% (n=13)	0,691⁽¹⁾	0,73 [0,15 ; 3,47]
	Não	46,15% (n=6)	53,85% (n=7)	100,00% (n=13)		
SVD	Sim	37,50% (n=6)	62,50% (n=10)	100,00% (n=16)	0,689⁽²⁾	0,60 [0,12 ; 2,97]
	Não	50,00% (n=5)	50,00% (n=5)	100,00% (n=10)		
DVA	Sim	60,00% (n=3)	40,00% (n=2)	100,00% (n=5)	0,620⁽²⁾	2,44 [0,33 ; 17,91]
	Não	38,10% (n=8)	61,90% (n=13)	100,00% (n=21)		
Infecção	Sim	40,00% (n=8)	60,00% (n=12)	100,00% (n=20)	1,000⁽²⁾	0,67 [0,11 ; 4,17]
	Não	50,00% (n=3)	50,00% (n=3)	100,00% (n=6)		
Categoria do cuidado	Mínimo/ Intermediário	80,00% (n=4)	20,00% (n=1)	100,00% (n=5)	0,101⁽¹⁾	---
	Semi-intensivo/ Intensivo	35,71% (n=5)	64,29% (n=9)	100,00% (n=14)		

	Alta	28,57% (n=2)	71,43% (n=5)	100,00% (n=7)		
FUGULIN	< 28	58,33% (n=7)	41,67% (n=5)	100,00% (n=12)	0,126⁽¹⁾	3,50 [0,68 ; 17,89]
	≥ 28	28,57% (n=4)	71,43% (n=10)	100,00% (n=14)		

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022) (1) Teste Quiquadrado (2) Teste Exato de Fischer

Através do teste quiquadrado ou exato de Fischer, para um nível de significância de 5%, não temos evidências de diferença estatística entre a classificação de MEWS com caracterização clínica ou geral do paciente.

O Quadro 8 descreve a comparação da pontuação de FUGULIN com o perfil clínico e geral dos pacientes.

Quadro 8 - Comparação do FUGULIN com perfil clínico e geral dos pacientes

Caracterização		FUGULIN		Total	Valor-p	Razão de Chance [IC95%]
		< 28	≥ 28			
Sexo	Feminino	36,36% (n=4)	63,64% (n=7)	100,00% (n=11)	0,391⁽¹⁾	0,50 [0,10; 2,46]
	Masculino	53,33% (n=8)	46,67% (n=7)	100,00% (n=15)		

Idade	≤ 60 anos	69,23% (n=9)	30,77% (n=4)	100,00 % (n=13)	0,018⁽¹⁾	7,50 [1,31; 43,03]
	> 60 anos	23,08% (n=3)	76,92% (n=10)	100,00 % (n=13)		
Agravos Neurológicos	Sim	45,45% (n=10)	54,55% (n=12)	100,00 % (n=22)	1,000⁽²⁾	0,83 [0,10; 7,03]
	Não	50,00% (n=2)	50,00% (n=2)	100,00 % (n=4)		
Agravos Respiratórios	Sim	25,00% (n=1)	75,00% (n=3)	100,00 % (n=4)	0,598⁽²⁾	0,33 [0,03; 3,72]
	Não	50,00% (n=11)	50,00% (n=11)	100,00 % (n=22)		
Agravos Metabólicos	Sim	66,67% (n=2)	33,33% (n=1)	100,00 % (n=3)	0,580⁽²⁾	2,60 [0,20; 32,90]
	Não	43,48% (n=10)	56,52% (n=13)	100,00 % (n=23)		
Agravos Renais	Sim	---	100,00 % (n=3)	100,00 % (n=3)	0,225⁽²⁾	---

	Não	52,17% (n=12)	47,83% (n=11)	100,00 % (n=23)		
Comorbidades	Sim	47,37% (n=9)	52,63% (n=10)	100,00 % (n=19)	1,000⁽²⁾	1,20 [0,21; 6,88]
	Não	42,86% (n=3)	57,14% (n=4)	100,00 % (n=7)		
HAS	Sim	33,33% (n=5)	66,67% (n=10)	100,00 % (n=15)	0,233⁽²⁾	0,29 [0,06; 1,46]
	Não	63,64% (n=7)	36,36% (n=4)	100,00 % (n=11)		
DM	Sim	14,29% (n=1)	85,71% (n=6)	100,00 % (n=7)	0,081⁽²⁾	0,12 [0,01; 1,21]
	Não	57,89% (n=11)	42,11% (n=8)	100,00 % (n=19)		
Doenças de base UTI	Sim	53,33% (n=8)	46,67% (n=7)	100,00 % (n=15)	0,391⁽¹⁾	2,00 [0,41; 9,84]

	Não	36,36% (n=4)	63,64% (n=7)	100,00 % (n=11)		
Cirurgia	Sim	71,43% (n=5)	28,57% (n=2)	100,00 % (n=7)	0,190⁽²⁾	4,29 [0,65; 28,26]
	Não	36,84% (n=7)	63,16% (n=12)	100,00 % (n=19)		
VMI	Sim	61,54% (n=8)	38,46% (n=5)	100,00 % (n=13)	0,116⁽¹⁾	3,60 [0,71; 18,25]
	Não	30,77% (n=4)	69,23% (n=9)	100,00 % (n=13)		
Oxigenoterapia	Sim	33,33% (n=2)	66,67% (n=4)	100,00 % (n=6)	0,652⁽²⁾	0,50 [0,07; 3,38]
	Não	50,00% (n=10)	50,00% (n=10)	100,00 % (n=20)		
IOT	Sim	58,33% (n=7)	41,67% (n=5)	100,00 % (n=12)	0,249⁽¹⁾	2,52 [0,52; 12,30]

	Não	35,71% (n=5)	64,29% (n=9)	100,00 % (n=14)		
TQT	Sim	40,00% (n=2)	60,00% (n=3)	100,00 % (n=5)	1,000⁽²⁾	0,73 [0,10; 5,33]
	Não	47,62% (n=10)	52,38% (n=11)	100,00 % (n=21)		
CVC	Sim	38,46% (n=5)	61,54% (n=8)	100,00 % (n=13)	0,431⁽¹⁾	0,54 [0,11; 2,55]
	Não	53,85% (n=7)	46,15% (n=6)	100,00 % (n=13)		
SVD	Sim	37,50% (n=6)	62,50% (n=10)	100,00 % (n=16)	0,422⁽²⁾	0,40 [0,08; 2,02]
	Não	60,00% (n=6)	40,00% (n=4)	100,00 % (n=10)		
DVA	Sim	80,00% (n=4)	20,00% (n=1)	100,00 % (n=5)	0,148⁽²⁾	

	Não	38,10% (n=8)	61,90% (n=13)	100,00 % (n=21)		6,50 [0,61; 68,96]
Infecção	Sim	45,00% (n=9)	55,00% (n=11)	100,00 % (n=20)	1,000⁽²⁾	0,82 [0,13; 5,08]
	Não	50,00% (n=3)	50,00% (n=3)	100,00 % (n=6)		
Categoria do cuidado	Mínimo/ Intermediário	100,00 % (n=5)	---	100,00 % (n=5)	<0,001⁽¹⁾	---
	Semi-intensivo/ Intensivo	7,14% (n=1)	92,86% (n=13)	100,00 % (n=14)		
	Alta	85,71% (n=6)	14,29% (n=1)	100,00 % (n=7)		
MEWS	< 3	63,64% (n=7)	36,36% (n=4)	100,00 % (n=11)	0,126⁽¹⁾	3,50 [0,68; 17,89]
	≥ 3	33,33% (n=5)	66,67% (n=10)	100,00% (n=15)		

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022) (1) Teste Quiquadrado (2) Teste Exato de Fischer

Através do teste quiquadrado, para um nível de significância de 5%, temos evidências de diferença estatística do FUGULIN com a idade e categoria de cuidado. A chance dos pacientes com idade acima de 60 anos, apresentarem FUGULIN de até

28, aumenta em 7,50 vezes, comparado aos pacientes com idade inferior a 60 anos. Na categoria de cuidado, observa-se que os pacientes semi-intensivo e intensivo com maior percentual de FUGULIN acima de 28%.

No Quadro 9, é apresentada a comparação do óbito com o perfil clínico e geral dos pacientes do estudo.

Quadro 9 - Comparação do óbito com perfil clínico e geral dos pacientes

Caracterização		Óbito		Total	Valor -p	Razã o de Chan ce [IC95 %]
		Sim	Não			
Sexo	Feminino	72,73 % (n=8)	27,27 % (n=3)	100,00 % (n=11)	0,246 ⁽²⁾	3,05 [0,57; 16,19]
	Masculino	46,67 % (n=7)	53,33 % (n=8)	100,00 % (n=15)		
Idade	≤ 60 anos	30,77 % (n=4)	69,23 % (n=9)	100,00 % (n=13)	0,005 ⁽¹⁾	0,08 [0,01; 0,55]
	> 60 anos	84,62 % (n=11)	15,38 % (n=2)	100,00 % (n=13)		
Agravos Neurológicos	Sim	59,09 % (n=13)	40,91 % (n=9)	100,00 % (n=22)	1,000 ⁽²⁾	1,44 [0,17;

	Não	50,00 % (n=2)	50,00 % (n=2)	100,00 % (n=4)		12,23]
Agravos Respiratórios	Sim	75,00 % (n=3)	25,00 % (n=1)	100,00 % (n=4)	0,614 (²)	2,50 [0,22; 27,94]
	Não	54,55 % (n=12)	45,45 % (n=10)	100,00 % (n=22)		
Agravos Metabólicos	Sim	66,67 % (n=2)	33,33 % (n=1)	100,00 % (n=3)	1,000 (²)	1,54 [0,12; 19,47]
	Não	56,52 % (n=13)	43,48 % (n=10)	100,00 % (n=23)		
Agravos Renais	Sim	100,00 % (n=3)	---	100,00 % (n=3)	0,238 (²)	---
	Não	52,17 % (n=12)	47,83 % (n=11)	100,00 % (n=23)		

Comorbidades	Sim	63,16 % (n=12)	36,84 % (n=7)	100,00 % (n=19)	0,407 (²)	2,29 [0,39; 13,33]
	Não	42,86 % (n=3)	57,14 % (n=4)	100,00 % (n=7)		
HAS	Sim	73,33 % (n=11)	26,67 % (n=4)	100,00 % (n=15)	0,109 (²)	4,81 [0,90; 25,79]
	Não	36,36 % (n=4)	63,64 % (n=7)	100,00 % (n=11)		
DM	Sim	71,43 % (n=5)	28,57 % (n=2)	100,00 % (n=7)	0,658 (²)	2,25 [0,35; 14,61]
	Não	52,63 % (n=10)	47,37 % (n=9)	100,00 % (n=19)		
Doenças de base UTI	Sim	60,00 % (n=9)	40,00 % (n=6)	100,00 % (n=15)	1,000 (²)	1,25 [0,26; 6,03]
	Não	54,55 % (n=6)	45,45 % (n=5)	100,00 % (n=11)		

Cirurgia	Sim	57,14 % (n=4)	42,86 % (n=3)	100,00 % (n=7)	1,000 (²)	0,97 [0,17; 5,59]
	Não	57,89 % (n=11)	42,11 % (n=8)	100,00 % (n=19)		
VMI	Sim	53,85 % (n=7)	46,15 % (n=6)	100,00 % (n=13)	0,691 (¹)	0,73 [0,15; 3,47]
	Não	61,54 % (n=8)	38,46 % (n=5)	100,00 % (n=13)		
Oxigenoterapia	Sim	66,67 % (n=4)	33,33 % (n=2)	100,00 % (n=6)	1,000 (²)	1,64 [0,24; 11,08]
	Não	55,00 % (n=11)	45,00 % (n=9)	100,00 % (n=20)		
IOT	Sim	58,33 % (n=7)	41,67 % (n=5)	100,00 % (n=12)	0,951 (¹)	1,05 [0,22; 5,00]
	Não	57,14 % (n=8)	42,86 % (n=6)	100,00 % (n=14)		

TQT	Sim	60,00 % (n=3)	40,00 % (n=2)	100,00 % (n=5)	1,000 (²)	1,12 [0,15; 8,20]
	Não	57,14 % (n=12)	42,86 % (n=9)	100,00 % (n=21)		
CVC	Sim	61,54 % (n=8)	38,46 % (n=5)	100,00 % (n=13)	0,691 (¹)	1,37 [0,29; 6,53]
	Não	53,85 % (n=7)	46,15 % (n=6)	100,00 % (n=13)		
SVD	Sim	68,75 % (n=11)	31,25 % (n=5)	100,00 % (n=16)	0,228 (²)	3,30 [0,63; 17,16]
	Não	40,00 % (n=4)	60,00 % (n=6)	100,00 % (n=10)		
DVA	Sim	60,00 % (n=3)	40,00 % (n=2)	100,00 % (n=5)	1,000 (²)	1,12 [0,15; 8,20]
	Não	57,14 % (n=12)	42,86 % (n=9)	100,00 % (n=21)		

Infecção	Sim	65,00 % (n=13)	35,00 % (n=7)	100,00 % (n=20)	0,348 (²)	3,71 [0,54; 25,59]
	Não	33,33 % (n=2)	66,67 % (n=4)	100,00 % (n=6)		
Categoria do cuidado	Mínimo/ Intermediário	40,00 % (n=2)	60,00 % (n=3)	100,00 % (n=5)	0,062 (¹)	---
	Semi-intensivo/ Intensivo	78,57 % (n=11)	21,43 % (n=3)	100,00 % (n=14)		
	Alta	28,57 % (n=2)	71,43 % (n=5)	100,00 % (n=7)		
MEWS	< 3	36,36 % (n=4)	63,64 % (n=7)	100,00 % (n=11)	0,109 (²)	0,21 [0,04; 1,11]
	≥ 3	73,33 % (n=11)	26,67 % (n=4)	100,00 % (n=15)		
FUGULIN	< 28	33,33 % (n=4)	66,67 % (n=8)	100,00 % (n=12)	0,020 (¹)	0,14 [0,02; 0,79]

	≥ 28	78,57 % (n=11)	21,43 % (n=3)	100,00 % (n=14)		
--	-------------	----------------------	---------------------	-------------------------------------	--	--

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022) (1) Teste Quiquadrado (2) Teste Exato de Fischer.

Através do teste quiquadrado, para um nível de significância de 5%, temos evidências de diferença estatística entre o óbito com idade e FUGULIN, onde os pacientes com mais de 60 anos, que apresentaram uma prevalência de 84,68% dos casos de óbito, assim como os pacientes que desenvolveram alguma infecção durante a internação hospitalar, evidenciando um número de 65%.

Logo, nota-se que os pacientes classificados em cuidados semi-intensivos e intensivos apresentaram uma porcentagem de 78,57% dos óbitos e os em cuidados de alta dependência 28,57%.

Constata-se então que, a chance dos pacientes com idade de até 60 anos, evoluírem para óbito diminui em 92%, comparado aos pacientes com idade acima de 60 anos. A chance dos pacientes com Fugulin de até 28 apresentar óbito diminui em 86%, comparado aos pacientes com Fugulin acima de 28.

Quadro 10 - Classificação conforme o SCP de Fugulin e segundo o perfil clínico e geral dos pacientes

Caracterização		Classificação de cuidados			Total	Valor -p
		Mínimo/ Intermediário	Semi-intensivo / Intensivo	Alta dependência		
Sexo	Feminino	9,09% (n=1)	54,55% (n=6)	36,36% (n=4)	100,00 % (n=11)	0,438

	Masculino	26,67% (n=4)	53,33% (n=8)	20,00% (n=3)	100,00 % (n=15)	
Idade	≤ 60 anos	30,77% (n=4)	38,46% (n=5)	30,77% (n=4)	100,00 % (n=13)	0,214
	> 60 anos	7,69% (n=1)	69,23% (n=9)	23,08% (n=3)	100,00 % (n=13)	
Agravo Neurológico	Sim	18,18% (n=4)	50,00% (n=11)	31,82% (n=7)	100,00 % (n=22)	0,417
	Não	25,00% (n=1)	75,00% (n=3)	---	100,00 % (n=4)	
Agravo Respiratório	Sim	---	75,00% (n=3)	25,00% (n=1)	100,00 % (n=4)	0,520
	Não	22,73% (n=5)	50,00% (n=11)	27,27% (n=6)	100,00 % (n=22)	
Agravo Metabólico	Sim	33,33% (n=1)	33,33% (n=1)	33,33% (n=1)	100,00 % (n=3)	0,716
	Não	17,39% (n=4)	56,52% (n=13)	26,09% (n=6)	100,00 % (n=23)	

Agravo Renal	Sim	---	100,00% (n=3)	---	100,00 % (n=3)	0,234
	Não	21,74% (n=5)	47,83% (n=11)	30,43% (n=7)	100,00 % (n=23)	
Comorbidade s	Sim	26,32% (n=5)	52,63% (n=10)	21,05% (n=4)	100,00 % (n=19)	0,251
	Não	---	57,14% (n=4)	42,86% (n=3)	100,00 % (n=7)	
HAS	Sim	13,33% (n=2)	60,00% (n=9)	26,67% (n=4)	100,00 % (n=15)	0,640
	Não	27,27% (n=3)	45,46% (n=5)	27,27% (n=3)	100,00 % (n=11)	
DM	Sim	---	71,43% (n=5)	28,57% (n=2)	100,00 % (n=7)	0,301
	Não	26,32% (n=5)	47,36% (n=9)	26,32% (n=5)	100,00 % (n=19)	
Doenças de base UTI	Sim	26,67% (n=4)	53,33% (n=8)	20,00% (n=3)	100,00 % (n=15)	0,438

	Não	9,09% (n=1)	54,55% (n=6)	36,36% (n=4)	100,00% (n=11)	
Cirurgia	Sim	42,86% (n=3)	28,57% (n=2)	28,57% (n=2)	100,00% (n=7)	0,140
	Não	10,53% (n=2)	63,15% (n=12)	26,32% (n=5)	100,00% (n=19)	
VMI	Sim	15,38% (n=2)	46,16% (n=6)	38,46% (n=5)	100,00% (n=13)	0,412
	Não	23,08% (n=3)	61,54% (n=8)	15,38% (n=2)	100,00% (n=13)	
Oxigenoterapia	Sim	33,33% (n=2)	66,67% (n=4)	---	100,00% (n=6)	0,208
	Não	15,00% (n=3)	50,00% (n=10)	35,00% (n=7)	100,00% (n=20)	
TOT	Sim	16,67% (n=2)	50,00% (n=6)	33,33% (n=4)	100,00% (n=12)	0,788

	Não	21,43% (n=3)	57,14% (n=8)	21,43% (n=3)	100,00 % (n=14)	
TQT	Sim	20,00% (n=1)	60,00% (n=3)	20,00% (n=1)	100,00 % (n=5)	0,925
	Não	19,05% (n=4)	52,38% (n=11)	28,57% (n=6)	100,00 % (n=21)	
CVC	Sim	15,38% (n=2)	61,54% (n=8)	23,08% (n=3)	100,00 % (n=13)	0,730
	Não	23,08% (n=3)	46,15% (n=6)	30,77% (n=4)	100,00 % (n=13)	
SVD	Sim	25,00% (n=4)	56,25% (n=9)	18,75% (n=3)	100,00 % (n=16)	0,407
	Não	10,00% (n=1)	50,00% (n=5)	40,00% (n=4)	100,00 % (n=10)	
DVA	Sim	40,00% (n=2)	20,00% (n=1)	40,00% (n=2)	100,00 % (n=5)	0,212

	Não	14,29% (n=3)	61,90% (n=13)	23,81% (n=5)	100,00 % (n=21)	
Infecção	Sim	20,00% (n=4)	60,00% (n=12)	20,00% (n=4)	100,00 % (n=20)	0,336
	Não	16,67% (n=1)	33,33% (n=2)	50,00% (n=3)	100,00 % (n=6)	
MEWS	< 3	36,36% (n=4)	45,46% (n=5)	18,18% (n=2)	100,00 % (n=12)	0,157
	≥ 3	6,67% (n=1)	60,00% (n=9)	33,33% (n=5)	100,00 % (n=14)	
FUGULIN	< 28	41,67% (n=5)	8,33% (n=1)	50,00% (n=6)	100,00 % (n=12)	<0,00 1
	≥ 28	---	92,86% (n=13)	7,14% (n=1)	100,00 % (n=14)	
Óbito	Sim	13,33% (n=2)	73,34% (n=11)	13,33% (n=2)	100,00 % (n=5)	0,062

	Não	27,27% (n=3)	27,27% (n=3)	45,46% (n=5)	100,00 % (n=21)	
--	------------	-----------------	-----------------	-----------------	--	--

Fonte: Arquivo Pessoal (Mossoró, 2022)

Acerca do SCP de FUGULIN, constata-se que 50% dos pacientes acometidos por agravos neurológicos foram classificados em cuidados semi-intensivos/intensivos, bem como, pacientes com agravos respiratórios, que atingiram uma porcentagem de 75%. No que concerne a comorbidades, 26,23% dos pacientes foram classificados em cuidados mínimos/intermediários e 52,63% em cuidados semi-intensivos/intensivos.

Na classificação de alta dependência destacaram-se as mulheres (36,36%), com idade \leq a 60 anos (30,77%), que foram submetidas a VMI por TOT (33,33%) e que utilizaram DVA (40%) durante o período de internação na UTI.

Através do teste quiquadrado, para um nível de significância de 5%, temos evidências de diferença estatística entre a categoria de cuidado com o FUGULIN. Onde os pacientes classificados como cuidado semi-intensivo ou intensivo apresentaram FUGULIN acima de 28.

5 DISCUSSÃO

5.1 Perfil Sociodemográfico Dos Pacientes Acometidos Com Agravos Neurológicos

A assistência ofertada em uma UTI é considerada como sendo de alta complexidade, indicada para pacientes considerados graves, muitas vezes em estado crítico, que necessitam de um atendimento intensificado, com monitoração contínua, intervenções específicas e, em sua maioria, de procedimentos invasivos (RUIVO; *et al.*, 2020). Os pacientes vítimas de agravos neurológicos sofrem um agravamento rápido de seu quadro, demandando assim, avaliação e cuidados imediatos em tempo hábil, assim, normalmente são regulados para internação em leitos de UTI, demandando uma atenção integral. As intervenções prestadas a esses pacientes diferem de acordo com seu perfil clínico.

No que concerne ao perfil dos participantes desta pesquisa, temos que a maioria dos pacientes são do sexo masculino, a idade média de 56 anos, com maior ocorrência de agravos neurológicos traumáticos (14 pacientes). No estudo de Magalhães (2017), é demonstrado que a alta incidência de homens vítimas de TCE está relacionada com fatores socioculturais e comportamentais que fazem com que estes se exponham mais a riscos. Como exemplo pode-se citar o consumo excessivo de álcool, provocando acidentes de trânsito e agressões físicas.

Por outro lado, o perfil dos pacientes acometidos por AVE apresentou uma diferença na idade média, sendo 45 anos, mantendo-se a maioria do sexo masculino. Esse fator também é evidenciado na pesquisa de Brandão, Ferraz e Sampaio (2020), onde a predominância de pacientes mais jovens vítimas de AVE se torna cada vez mais comum devido hábitos de vida que refletem no aumento dos fatores de risco, como desequilíbrio nutricional, tabagismo, consumo de álcool e drogas.

Outro fator observado no presente estudo é o número de pacientes com comorbidades, principalmente hipertensão arterial sistêmica (78,95%) e diabetes mellitus (36,84%). Essas comorbidades se destacam como principais fatores de risco no desenvolvimento de doenças cerebrovasculares e constituem pontos alvo para a elaboração de estratégias de intervenção a serem delineadas.

Dentre os cuidados intensivos para os pacientes acometidos por agravos neurológicos, evidenciou-se o uso de VMI em 13 pacientes desta pesquisa (50%) e destes, 12 evoluíram para o uso de TQT. A VMI é fator determinante na duração de internação nas UTIs, observamos nos resultados deste estudo que a duração média

de internação foi de 11,54 dias, sendo o mínimo 2 dias e o máximo 41 dias. Por sua vez, o tempo em que os pacientes ficaram em VMI apresentou uma média de 15 dias, sendo o mínimo 1 dia e o máximo 41 dias, vale ressaltar que uma das condutas que determina a alta da UTI no hospital do referido estudo é o desmame da VMI quando apresentado melhora do quadro clínico do paciente.

Em outro estudo realizado no mesmo hospital desta pesquisa, identificou-se que do total de pacientes admitidos no setor, 88,30% foram submetidos à VMI, com uma média de 09 dias de uso. E dos pacientes com diagnóstico de agravo neurológico, 95% utilizaram o ventilador mecânico, com uma média de utilização de 08 dias (DE CARVALHO; *et al.*, 2020). Corroborando com dados expostos anteriormente, Nascimento e colaboradores (2020), discute que pacientes com agravos neurológicos traumáticos permanecem em média duas semanas em ventilação mecânica, associando-se esse período a maiores alterações funcionais nos pacientes.

No que se refere a realização de TQT, a indicação parte devido ao prolongamento da VMI (maior que 14 dias), entretanto, a previsão específica dessa duração permanece indefinida. O momento de quando realizar uma TQT continua sendo individualizado, de acordo com o quadro clínico do paciente (DANOSO; *et al.*, 2021). Observamos nesse estudo que 19,23% dos pacientes necessitaram de TQT, com duração média de 21 dias, sendo o tempo mínimo de 7 dias e máximo de 36 dias. Essa porcentagem condiz com o número referente aos estudos analisados devido a quantidade de amostra estudada, por outro lado, o tempo máximo de TQT de um paciente é determinado pelos dias de internação no hospital, uma vez que as informações diferem se o paciente receber alta.

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) impactam na letalidade hospitalar, na duração da internação e nos custos econômicos. O aumento do número de infecções diverge de acordo com o nível de atendimento de cada hospital e de sua complexidade: a internação de indivíduos mais graves e imunocomprometidos, somada ao surgimento da resistência à antimicrobiana, confere às IRAS especial relevância para a saúde pública (CARDOSO; *et al.*, 2020). O tempo prolongado de VMI expõe o paciente a maiores riscos de desenvolver IRAS, nesta pesquisa constatamos que 76,92% dos pacientes foram acometidos por um processo infeccioso, sendo infecções pulmonares a mais ocorrentes (80%).

Conforme Dutra e colaboradores (2019) Pneumonia Associada à ventilação mecânica (PAV) é uma IRAS que tem início de 48 a 72 horas após a intubação

endotraqueal e o estabelecimento da ventilação mecânica invasiva, e que geralmente decorre da aspiração de secreções das vias áreas superiores, do refluxo gastrintestinal e da inoculação de material exógeno contaminado. A ocorrência de PAV influencia diretamente no tempo de permanência na UTI desses pacientes, o estudo de Nóbrega e colaboradores (2021) realizado em um hospital de referência no município de João Pessoa (Paraíba), evidencia que o tempo de internamento de pacientes diagnosticadas com PAV apresenta um intervalo de 33 a 21 dias, ademais 50,8% dos participantes evoluíram para óbito.

Embora a presente pesquisa tenha limitações em relação ao número de óbitos devido a PAV no intervalo de tempo da coleta de dados, é evidente o agravamento do quadro clínico do paciente em consequência dessa infecção, Costa, Motta e Alfradique (2018) contribuem em seu estudo expressando que a mortalidade intra-hospitalar da PAV apresenta um índice de 46,15%. A idade média dos internados que evoluíram para óbito era de 65,16 anos, enquanto a média de idade dos que tiveram desfecho favorável foi de 47,4 anos. Tal dado demonstra que há uma maior mortalidade entre os pacientes mais idosos, corroborando com os dados analisados nessa pesquisa, onde a média de idade dos óbitos foi maior que 60 anos.

A prevenção de PAV é fator determinante na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados ao paciente, assim sendo, essa prevenção deve tornar-se atenção central dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem que executam contato direto com o paciente e manipulação dos dispositivos que estão conectados ao mesmo (MATOS, 2021). O recomendado para as equipes de saúde é o desenvolvimento de um protocolo de medidas de precaução e cuidados para evitar PAV, entre essas medidas algumas ações essenciais podem ser tomadas, como por exemplo: higiene da mucosa oral do paciente com clorexidina 0.12%; verificar a *pressão-cuff* do tubo endotraqueal constantemente; aspiração de secreções subglóticas; elevação da cabeceira em 30-45° e paramentação e higienização adequada das mãos ao cuidar do paciente (SOUSA; *et al.*, 2021).

5.2 Grau de dependência de cuidados de enfermagem em pacientes com agravos neurológicos

Conforme a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 543 de 18 de abril de 2017, que enfoca conceitos e metodologias de cálculo de pessoal

de enfermagem e parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias para os serviços/locais de atividades, além de atualizar o quantitativo mínimo de horas de assistência de cada profissional nas 24 horas respeitando-se as características de cada unidade de internação (COFEN, 2017).

Ainda segundo essa mesma resolução, o cálculo desse dimensionamento deve considerar um SCP e os seguintes parâmetros: 4 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado mínimo; 6 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intermediário; 10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado de alta dependência; 10 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado semi-intensivo e 18 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intensivo (COFEN, 2017).

Considera-se então a indispensabilidade do uso de SCP, no intuito de conhecer as características dos pacientes atendidos, prover recursos materiais e humanos capacitados e especializados a prestar um atendimento rápido, resolutivo e eficaz (Zambonin; *et al.*, 2019). Corroborando com as informações supracitadas, descreve-se a seguinte caracterização dos pacientes da presente pesquisa obtidos com a aplicação do SCP de Fugulin.

Os pacientes acometidos por agravos neurológicos atingiram uma média de 28 pontos, incluindo-se na categoria de cuidado semi-intensivo, essa classificação decorre devido ao grau de complexidade no cuidado que esses pacientes apresentam, visto que a maioria necessitam de intervenções de urgência, dispositivos diversos e uma monitoração neurológica contínua. Essa monitoração neurológica, por sua vez, dar-se de forma multimodal, com o objetivo de prevenir uma lesão cerebral secundária, principalmente em pacientes vítimas de agravos neurológicos clínicos, que indicam instabilidade na pressão intracraniana e possibilidade de hemorragia subaracnóidea (CASSIANO; *et al.*, 2017).

Ainda relacionado a caracterização dos pacientes aplicando Fugulin, os resultados dessa pesquisa exprimem que os pacientes neurocríticos com comorbidades, principalmente DM e HAS, apresentaram uma média de 29,86 pontos, inserindo-se assim em cuidados semi-intensivos. Outro ponto de destaque foi os pacientes submetidos a procedimentos como TQT e CVC, que atingiram uma média de 28,60 e 28,08 respectivamente. Diante desses dados compreendemos que pacientes em condições que comprometem seu quadro clínico anterior à internação,

como é o caso das comorbidades, demandam uma assistência mais intensiva devido a alta probabilidade de agravamento (CABRAL, 2020).

Acerca dos dispositivos de TQT e CVC, os cuidados são voltados tanto à manutenção, quanto à prevenção de infecção hospitalar e outras complicações já discutidas anteriormente, implicando em mais ações da equipe de enfermagem, uma vez que a mesma é responsável ativo desde a inserção a retirada desses dispositivos (SILVA; *et al.*, 2021).

Portanto, constata-se que o perfil de paciente acometidos por agravos neurológicos que apresentou maior pontuação no SCP de Fugulin foram mulheres, com mais de 60 anos, com DM ou HAS, que no tempo de internação hospitalar necessitaram de TQT e procedimentos como CVC e SVD. No que tange a predominância do sexo feminino, Mendes e colaboradores (2018) supõem que seja decorrente da cultura masculina em procurar pelo serviço de saúde apenas no caso de mais gravidade e também pelo modelo tradicional de masculinidade. Nesse mesmo estudo, o autor discute que o fator da idade e dos dispositivos mostram valor significativo devido à fragilidade fisiológica que os idosos se encontram, estando mais expostos a riscos de infecção, agravamento do quadro e instabilidade hemodinâmica (MENDES; *et al.*, 2018).

No que concerne a frequência de óbitos, esta pesquisa constatou que os pacientes neurocríticos incluídos em cuidados semi-intensivos apresentaram uma porcentagem de 78,57% dos óbitos. Ademais, observou a similaridade entre o perfil do paciente semi-intensivo e o desfecho em óbito, sendo mulheres com mais de 60 anos, com comorbidades e pontuação de Fugulin maior que 28 pontos. Assim evidencia-se que a categoria de cuidado semi-intensivo demanda mais tempo da equipe de enfermagem nas primeiras 24 horas de internação, em virtude dos dispositivos e procedimentos assistenciais de monitoramento, diretamente influenciados por causa da admissão e da rápida deterioração do quadro clínico (SANTOS; *et al.*, 2021).

Corroborando com os dados expostos anteriormente, Paixão e colaboradores (2017) evidenciaram em sua pesquisa que os agravos neurológicos estiveram relacionados à necessidade de cuidados mais complexos, ocorrendo devido à associação das lesões neurológicas à incapacidade e às limitações funcionais, que tornam os pacientes dependentes de cuidados por meses, anos ou por toda a vida. Ademais, os autores ainda constataram a correlação entre óbito e categoria de

cuidados mais complexos, mostrando que o número de óbitos aumenta à medida que a classificação do cuidado progride.

Ademais, evidenciou-se que a chance de óbito aumenta 7,5 vezes para pacientes acometidos por agravos neurológicos e que se enquadram no perfil de grau de dependência de cuidados de enfermagem discutidos precedentemente. Esse resultado gera um alerta com relação ao tratamento desses pacientes dentro do âmbito hospitalar, visto que, segundo Lima e colaboradores (2021), entre os anos de 2008 a 2019 o número de óbitos ao ano foi de 6.238, sucedendo um aumento de 92,25% desses eventos no intervalo.

A classificação utilizando o escore MEWS não apresentou uma relação significativa com o SCP de Fugulin no presente estudo, entretanto alguns achados obtidos valem a ressalva. A caracterização dos pacientes que obtiveram pontuação maior que 3 foram mulheres, com mais de 60 anos, admitidas na UTI por agravos respiratórios, em uso de TOT, utilizando dispositivos como CVC e SVD. Ainda, verificou-se que os pacientes classificados em cuidados semi-intensivos e intensivos apresentaram um valor de MEWS acima de 3 e uma porcentagem de 73.33% de óbitos.

Todavia, salienta-se a importância da articulação e do uso das escalas de classificação de pacientes e de alerta de risco, uma vez que a utilização desses instrumentos torna a avaliação do paciente um processo coletivo, auxiliando toda a equipe na tomada de decisão e no planejamento da prestação de cuidados (NETO; *et al.*, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que o perfil dos pacientes acometidos por agravos neurológicos no intervalo de tempo dessa pesquisa, foram homens, com idade média de 45, com comorbidades e principalmente vítimas de agravos traumáticos, sendo destaque acidentes automobilísticos. Ainda sobre a caracterização dos participantes, evidenciou-se que os pacientes vítimas de agravos neurológicos necessitam predominantemente de intervenções emergenciais em tempo hábil, uma vez que a demora no atendimento provoca deterioração clínica do caso e como resultado mais sequelas neurológicas aos pacientes.

Evidencia-se também que metade dos pacientes do estudo necessitaram de VMI, sendo a traqueostomia o procedimento mais prevalente. Ademais, os dispositivos que apresentaram maior porcentagem de uso foram CVC e SVD. Conseqüentemente, o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar também se destacou neste estudo, principalmente pela recorrência de PAV. Acrescido a isso, denotou-se a importância de ações de prevenção desses agravos, uma vez que o grande número de casos de IRAS reflete na duração do internamento desses pacientes na UTI e conseqüentemente, demanda altos custos e cuidados intensivos.

No que concerne à categoria de cuidado segundo o SCP de Fugulin, enfatiza-se para os pacientes neurocríticos o cuidado semi-intensivo e intensivo, apresentando uma alta prevalência de cuidados intensivos iniciais, logo entende-se que o fator fundamental é a estabilização desse paciente quando este chega a unidade. Os demais cuidados são realizados de acordo com a evolução do quadro clínico.

O desfecho da internação também destacou-se na presente pesquisa, visto que uma parcela considerável dos pacientes evoluíram a óbito. Tal achado fortifica a necessidade de categorizar o grau de cuidados desses pacientes, pois a monitorização contínua possibilita para a equipe o preparo para possíveis intercorrências, assim como, a priorização aos pacientes que demandem maior tempo de cuidado.

A presente pesquisa não constatou correlação estatisticamente significativa dos valores do SCP de Fugulin com o MEWS, supõe-se que esse fato ocorreu devido a amostra do estudo ser um recorte de outra pesquisa realizada, entretanto nota-se a escassez de estudos voltados para a temática de cuidados de enfermagem e dimensionamento de equipe utilizando sistema de classificação de pacientes, logo, os resultados da presente pesquisa podem convir como instrumento para estudos futuros

que contribuam na melhor organização da assistência de enfermagem, de modo a ofertar um cuidado de forma individual, humanizado, de qualidade e íntegro, sem estar atrelado a sobrecarga dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- BARELLA, Rudieri Paulo; *et al.* Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico de Santa Catarina e estudo de viabilidade do sul para implantação da unidade de AVE. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 48, n. 1, pág. 131-143, 2019.
- BARROS, Mariana Sousa Arruda; FURTADO, Betise Mery Alencar Sousa Macau; BONFIM, Cristine Vieira. Características clínicas e epidemiológicas de motociclistas com traumatismo crânio-encefálico atendidos em hospital de referência [Características clínicas e epidemiológicas de motociclistas com traumatismo cranioencefálico atendidos em hospital de referência]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 4, pág. 540-547, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico**. Brasília - DF. 2015.
- CABRAL, Thaynan Silveira. **Prevalência de danos neurológicos graves em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva**. 2020.
- CACIANO, Kelly Regina Pires da Silva; *et al.* Intervenções de enfermagem para pacientes neurocríticos. **Rev. Enferm. UFPE online**, p. [1-9], 2020.
- CARDOSO, Fabio Rodrigo Galvão; *et al.* Perfil dos pacientes com infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva de um hospital público. **Rev. epidemiol. controle infecç**, p. 100-13, 2020.
- CARTERI, Randhall Bruce Kreismann; SILVA, Ricardo Azevedo da. Incidência hospitalar de traumatismo cranioencefálico no Brasil: uma análise dos últimos 10 anos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, p. 282-289, 2021.
- CAVALCANTE, Tahissa Frota; *et al.* Perfil socioeconômico de pacientes internados por acidente vascular encefálico. **Revista Rene**, v. 11, n. 4, p. 154-162, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027972016.pdf>>. Acesso em 10 de dez. de 2020
- CORREIA, João Paulo; *et al.* Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. **Medicina Interna**, v. 25, n. 3, p. 213-223, 2018. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34315/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Etiol%C3%B3gica%20do%20Acidente%20Vascular%20Cerebral%20no%20Adulto%20Jovem.pdf>>. Acesso em: 10 de dez. de 2020.
- COSTA, Ramon Salmaso; MOTTA, Luis Cláudio de S.; ALFRADIQUE, Marcela D. O perfil epidemiológico do paciente com pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 2, n. 2, 2018.
- DE AZEVEDO RUIVO, Bárbara Alves Ruela; *et al.* Assistência de enfermagem na segurança do paciente na UTI: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 5, p. e5221-e5221, 2020.

DE CARVALHO, Anne Caroline Brito; *et al.* Perfil de dois pacientes admitidos na UTI por agravos neurológicos. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, não. 7, pág. e210974100-e210974100, 2020.

DE CASTRO BRANDÃO, P.; OLIVEIRA ANTUNES FERRAZ, M.; E SILVA SAMPAIO, E. **Retardo na chegada da pessoa com acidente vascular cerebral a um serviço hospitalar de referência.** *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 271, p. 4979–4990, 8 dez. 2020.

DE LIMA, Daniel Meira Nóbrega; *et al.* Uma análise dos custos e internações por acidente vascular cerebral no Nordeste, 2008-2019. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 12, n. 1, p. 203-212, 2021.

DONOSO, Miguir; Terezinha Vieccelli; *et al.* Condições envolvidas na realização de traqueostomia em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, 2021.

Dutra, L. A., Esteves, L. D. O.Silva, T. O. D, Resck, Z. M. R. Lima, R. S., Sanches, R. S. Pneumonia associada à ventilação mecânica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. enferma. UFPE online** 2019.

LIMA, Angélica de Godoy Torres; DE PETRIBÚ, Kátia Cristina Lima. Acidente vascular encefálico: revisão sistemática sobre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em < <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/168>>. Acesso em: 20 de dez. de 2020.

MAGALHÃES, Ana Luisa Gonçalves; *et al.* Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. **Rev Bras Neurol**, v. 53, n. 2, p. 15-22, 2017.

MATOS, Artur Manuel da Silva. **Determinantes da pneumonia associada à ventilação invasiva numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital Central.** 2021. Dissertação de Mestrado.

MAXIMIANO, Luzia Cibele de Souza; *et al.* Aplicações do Early Warning Score Modificado pelo enfermeiro em hospitais. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 2, pág. e19411225463-e19411225463, 2022.

Mendes TJM, Silveira LM, Silva LP, Stabile AM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore Mews. REME – **Rev Min Enferm.** 2018.

Ministério da Saúde 2012. **AVE: governo alerta para principal causa de mortes.** Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/a/AVE-o-que-e-causas-sintomas-tratamentos-diagnostico-e-prevencao>>. Acesso em: 10 de dez. de 2020.

NASCIMENTO, Susana; *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes adultos com traumatismo cranioencefálico grave na rede SUS do Distrito Federal: um estudo retrospectivo. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 56, n. 4, p. 5-10, 2020.

NETO, João Cruz; *et al.* Contribuição do Modified Early Warning Score (MEWS) para conduta clínica precoce. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 5, 2020.

Nóbrega LM, Vasconcelos JM, Morais JL, Araújo CC, Ramalho Neto JM, Leite AC. Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes graves de uma unidade de terapia intensiva. **Enfermagem Foco**. 2021;12(4):746-52.

OLIVEIRA, Leilyanne de Araújo Mendes; *et al.* Assistência de enfermagem em pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico: revisão integrativa. **Uningá Journal**, v. 55, n. 2, p. 33-46, 2018.

SANTOS, Lucas Bezerra; WATERS, Camila. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 2749-2775, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/viewFile/6186/5503>>. Acesso em: 30 de dez. de 2020.

SILVA, Camila Moreira da; *et al.* Relação entre pneumonia associada à ventilação mecânica e a permanência em unidade de terapia intensiva. **Nursing (São Paulo)**, p. 6677-6688, 2021.

SOUSA, Gabriel; *et al.* Medidas preventivas de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 5, pág. e51010515207-e51010515207, 2021.

ZAMBONIN, Fernanda; *et al.* **Classificação dos pacientes na emergência segundo a dependência da enfermagem**. 2019.

ANEXO A – Instrumento para coleta de dados em prontuário**CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE**

Prontuário nº _____ Idade: _____

Data da internação no HRTVM: ____/____/____ Setor:

Motivo da internação no HRTVM:

Comorbidades:

INTERNAÇÃO NA UTI

Data da internação na UTI: ____/____/____

Motivo da internação na UTI:

- Instabilidade hemodinâmica
 Sepses grave
 Falência renal
 Pós-operatório de _____
 Hemorragia maciça
 Insuficiência respiratória
 Intoxicação exógena
 Agravo neurológico
 Outro(s) (agravos externos):

Doença(s) de base (UTI):

- Doença Cardiovascular
 Respiratória
 Metabólica
 Gastrointestinal
 Neurológica
 Renal
 Reumatológica
 Geniturinário

Outras:

Submetido a cirurgia () Qual: _____

Eletiva () Urgência ()

Intervenções realizadas na UTI:

VMI () Tempo em dias: _____

Oxigenioterapia () Tempo em dias: _____ Tipo de dispositivo: _____

IOT () TQT ()

Acesso venoso central () Dissecção venosa () Hemodiálise _____

SVF () Droga vasoativa ()

Processo infeccioso? ()

Sítio da infecção: _____

Duração da internação na UTI em dias: _____

Transferência para outro setor () Qual: _____

ANEXO B – Sistema de Classificação de Fuginin

MOTILIDADE	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito e movimentação passiva e programada realizada pela enfermagem.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem.	Limitação de movimentos.	Movimentação de todos os segmentos corporais.
INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA/COMPROMETIMENTO TECIDUAL	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte como tendões. Evisceração.	Presença de solução de continuidade da pele envolvendo tecido e subcutâneo e músculos. Incisões cirúrgicas. Ostomias e drenos.	Presença de alteração de cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
CURATIVO	Curativa realizada 3 vezes ao dia ou mais pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica.
TEMPO UTILIZADO NA REALIZAÇÃO DOS CURATIVOS	Superior a 30 minutos.	Entre 15 e 30 minutos.	Entre 5 e 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza de ferida.

ÁREA DE CUIDADO	04	03	02	01
ESTADO MENTAL	Inconsciente.	Período de inconsciência.	Período de desorientação no espaço e no tempo.	Orientação no tempo e no espaço.
OXIGENAÇÃO	Ventilação mecânica.	Uso contínuo de máscara ou de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou de cateter de oxigênio.	Não depende de oxigênio.
SINAIS VITAIS	Controle em intervalos menores ou igual a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalo de 6 horas.	Controle em intervalos de 8 horas.
DEAMBULAÇÃO	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
ALIMENTAÇÃO	Através de cateter central.	Através de SNG ou SNE.	VO com auxílio.	Autossuficiente.
CUIDADO CORPORAL	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral.	Autossuficiente.
ELIMINAÇÃO	Evacuação no leito e uso de SVD para controle de diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Autossuficiente.
TERAPÊUTICA	Uso de drogas vasoativas para manutenção da PA.	EV contínua ou através de sondas.	EV intermitente.	IM ou VO.