Projeto de Pesquisa:
COMPARAÇÃO DE DIFERENTES FONTES DE GÁS NO TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA COM TUBO T SOBRE O SUCESSO DE EXTUBAÇÃO DE PACIENTES CRÍTICOS

Informações Preliminares

Responsável Principal

CPF/Documento: 915.213.783-04	Nome: DANIEL LAGO BORGES
Telefone: 9891210068	E-mail: dlagofisio83@hotmail.com

Instituição Proponente

CNPJ: 06.279.103/0002-08	Nome da Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

É um estudo internacional? Não

Assistentes

CPF/Documento	Nome
103.027.757-57	KAREN TORRES DE SOUZA

Área de Estudo

Grandes Áreas do Conhecimento

- Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo

- Clínico

Título Público da Pesquisa: COMPARAÇÃO DE DIFERENTES FONTES DE GÁS NO TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA COM TUBO T SOBRE O SUCESSO DE EXTUBAÇÃO DE PACIENTES CRÍTICOS

Contato Público

CPF/Documento	Nome	Telefone	E-mail
103.027.757-57	KAREN TORRES DE SOUZA	98985013000	karen_torress@hotmail.com

Contato Científico: DANIEL LAGO BORGES

Desenho de Estudo / Apoio Financeiro

Desenho do Estudo: Intervenção/Experimental

Condições de saúde ou problemas

Condição de saúde ou Problema
Respiração Artificial
Desmame do Respirador
Extubação

Descritores Gerais para as Condições de Saúde

CID1-10:Classificação Internacional de Doenças

Código CID	Descrição CID
J96.9	Insuficiencia respiratoria nao especificada

DeCS:Descritores em Ciência da Saúde

Código DECS	Descrição DECS
D007362	Unidades de Terapia Intensiva
D015300	Desmame do Respirador
D060666	Extubação

Descritores Específicos para as Condições de

CID1-10:Classificação Internacional de Doenças

Código CID	Descrição CID
J96.9	Insuficiencia respiratoria nao especificada

DeCS:Descritores em Ciência da Saúde

Código DECS	Descrição DECS
D015300	Desmame do Respirador
D060666	Extubação
D007362	Unidades de Terapia Intensiva

Tipo de Intervenção: Comparador

Natureza da Intervenção

- Comportamental

Descritores da Intervenção

Descritores da Intervenção

Intervenções
TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA COM TUBO T

Lista de CID

Código CID	Descrição CID
J96.9	Insuficiencia respiratoria nao especificada

Lista de DECS

Código DECS	Descrição DECS
D012131	Insuficiência Respiratória
D060666	Extubação
D015300	Desmame do Respirador

Fase

- NÃO SE APLICA

Desenho:

Trata-se de um estudo intervencionista, que busca avaliar os efeitos clínicos do teste de respiração espontânea (TRE) realizado com tubo T, comparando diferentes fontes de gás: oxigênio suplementar, ar comprimido e ausência de fluxo adicional. O estudo pretende contribuir para a padronização de práticas seguras e baseadas em evidências durante o processo de desmame da

ventilação mecânica em pacientes críticos.
A pesquisa será conduzida na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), unidade Presidente Dutra, em São Luís ¿ MA, no período de janeiro a dezembro de 2026.
Serão incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, sob ventilação mecânica invasiva há mais de 24 horas, que apresentem condições clínicas e hemodinâmicas estáveis para a realização do teste.
O teste de respiração espontânea será realizado com duração de 30 minutos, sob monitoramento contínuo de parâmetros respiratórios, hemodinâmicos e do nível de consciência. Caso o paciente apresente sinais de intolerância, o teste será interrompido e o ventilador será religado imediatamente. Em caso de tolerância, o paciente será avaliado para extubação segura, conforme critérios clínicos estabelecidos pela equipe multiprofissional.
Os dados coletados incluirão idade, sexo, diagnóstico médico, motivo da ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas, parâmetros ventilatórios, tempo de ventilação, sucesso ou falha na extubação e evolução clínica. Os dados serão registrados em ficha padronizada, preservando o sigilo e a confidencialidade das informações.
Os riscos associados são semelhantes aos observados em procedimentos habituais de desmame ventilatório, podendo incluir desconforto respiratório, fadiga e necessidade de reintubação. Todos os testes serão conduzidos por fisioterapeutas capacitados e supervisionados pela equipe médica da UTI, garantindo a segurança do paciente em todas as etapas.
Os benefícios esperados incluem a melhoria do processo de avaliação do desmame ventilatório, com potencial para reduzir o tempo de ventilação mecânica, diminuir complicações associadas, assim impactando na assistência e na racionalização de recursos hospitalares.
Todos os participantes (ou seus responsáveis legais) serão informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da inclusão no estudo. O projeto seguirá as normas éticas da Resolução CNS nº 466/2012, respeitando os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Apoio Financeiro

CNPJ	Nome	E-mail	Telefone	Tipo
				Financiamento Próprio

Palavra Chave

Palavra-chave
Teste de Respiração Espontânea com Tubo T

Detalhamento do Estudo

Resumo:

INTRODUÇÃO: O teste de respiração espontânea (TRE) é uma etapa importante no processo de desmame da ventilação mecânica invasiva (VMI). O TRE é utilizado para avaliar a capacidade do paciente de respirar espontaneamente, ou seja, sem assistência, enquanto ainda está sob ventilação mecânica invasiva (VMI) via tubo endotraqueal há mais de 24 horas. Esta avaliação pode ser realizada no modo de ventilação com pressão de suporte (PSV) ou por meio do tubo T. Independentemente do método escolhido, o teste deve ser realizado por um período de 30 a 60 minutos, com monitoramento contínuo dos parâmetros respiratórios, hemodinâmicos e do estado mental. Quando se utiliza o tubo T, pode-se adicionar uma fonte de gás suplementar, como oxigênio ou ar comprimido. No entanto, ainda são escassos e inconclusivos os estudos que comparam diferentes fontes de gás, sendo necessárias mais evidências científicas que contribuam para a padronização do teste e para o sucesso da extubação. OBJETIVO: O presente estudo visa avaliar os efeitos clínicos da aplicação do TRE com tubo T, comparando a utilização de oxigênio, ar comprimido ou a ausência de fluxo gasoso. METODOLOGIA: Trata-se de um ensaio clínico randomizado, controlado, paralelo, de natureza intervencionista com avaliação quantitativa. O cálculo amostral foi realizado considerando um nível de significância de 5% e poder estatístico de 95%, utilizando a ferramenta LEE (Laboratório de Epidemiologia e Estatística). Para estimativa, considerou-se a média anual de pacientes extubados na unidade nos últimos três anos. Com base nesses dados, estimou-se a necessidade de 24 participantes por grupo, totalizando 72 indivíduos. Considerando possíveis perdas amostrais, a amostra final prevista será de 84 participantes. RESULTADOS ESPERADOS: Espera-se que os pacientes submetidos ao TRE com tubo T apresentem taxas semelhantes de sucesso na extubação, independentemente da fonte de gás utilizada. Caso seja observado equivalência, pode-se justificar o uso de opções com menor custo operacional. Os achados poderão contribuir para a padronização da condução do TRE e para a racionalização de recursos em unidades de terapia intensiva, promovendo uma assistência segura e custo-efetiva

Introdução:

Estudos demonstram que a ventilação mecânica invasiva (VMI) prolongada em pacientes gravemente enfermos está associada a desfechos clínicos adversos. A falha no processo de separação dos pacientes da VMI contribui para resultados piores para os pacientes, incluindo, maior duração da ventilação, maior tempo de internação na unidade de terapia intensiva (UTI), no hospital, maior morbidade do paciente (dispneia, infecção, fraqueza muscular) e mortalidade. O processo que leva à descontinuação do suporte de ventilação mecânica invasiva é conhecido como desmame. A identificação e a utilização de abordagens que melhorem o sucesso do desmame do ventilador são, portanto, de fundamental importância (BLACKKWOOD et al., 2011; HEUNKS et al., 2019).O desmame pode ser classificado como: simples, quando na primeira tentativa de separação do paciente com o ventilador resultou no fim do processo, dentro de um dia, seja por sucesso do desmame ou óbito; difícil, é considerado quando o desmame completo ocorre após um dia, mas em menos de sete dias, após a primeira tentativa, de separação do ventilador, por sucesso ou óbito; prolongado, é o desmame que não se completou em até sete dias após a primeira tentativa de separação do paciente do ventilador. Neste último ainda temos duas possibilidades, desmame prolongado com sucesso após sete dias desde a primeira tentativa de separação e desmame prolongado sem sucesso (ORIENTAÇÕES PRÁTICAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2024).O desmame deve ser considerado o mais precocemente possível, e neste processo um teste de respiração espontânea (TRE) é o principal teste diagnóstico para determinar se os pacientes podem ser extubados com sucesso. O TRE é utilizado para avaliar a capacidade de respiração espontânea dos pacientes. Um estudo transversal internacional constatou que as duas técnicas predominantemente utilizadas no TRE são com ventilação em pressão de suporte (PSV) ou tubo T. (BOLES et al., 2007; XIAOMI et al., 2021).O teste no modo PSV é realizado sem desconectar o paciente do ventilador, utilizando baixos níveis de pressão de suporte (PS 8-5 cmH2O; PEEP ¿5 cmH2O; FiO2 ¿0,4) por pelo menos 30 minutos. Neste modo foram encontrados benefícios como: controle da umidificação adequada; volume expiratório monitorado; retorno aos parâmetros prévios rapidamente, em caso de sinais de falha; menos manuseio e menor risco de aerossóis. Porém adição de PEEP de 5 cmH2O, pode reduzir o trabalho inspiratório em até 40%, também produz aumento substancial no débito cardíaco em pacientes com insuficiência ventricular esquerda. Em pacientes com doença cardíaca ou pulmonar a eliminação da PEEP no momento da extubação pode levar a

descompensação cardiopulmonar. Mesmo com baixos níveis de pressão de suporte, observar um paciente respirar nestas condições dificulta a capacidade de prever como o paciente irá lidar com um aumento na carga cardiorrespiratória após extubação (AKELLA et al., 2022; GACOUIN et al.,2022; TOBIN et al.,2012).O teste em tubo T consiste em desconectar o tubo endotraqueal do ventilador, e oxigênio adicional é fornecido sem pressão positiva. O tubo T ainda proporciona uma avaliação mais próxima das condições fisiológicas pós-extubação, por não fornecer auxílio ventilatório direto. Mesmo com a popularização do TRE em PSV o tubo T continua sendo amplamente utilizado devido à sua simplicidade, baixo custo, e facilidade de implementação. Orienta-se realizar o TRE em tubo T por 30 a 60 minutos (GACOUIN et al., 2022; AKELLA et al., 2022; ORIENTAÇÕES PRÁTICAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2024; ABDEL-LATIF et al., 2018).Não há evidências consistentes para determinar métodos ideias, nem superioridade entres os dois modos, até mesmo em pacientes com alto risco de falha na extubação, não há superioridade entre as técnicas. Também nenhuma diferença significativa foi detectada para tempo de permanência na UTI e mortalidade. Considera-se sucesso do desmame a ausência da necessidade de retorno ao suporte ventilatório em 7 dias após, ou se alta da UTI. Enquanto a falha é definida como a incapacidade de passar em um TRE ou a necessidade de reintubação dentro de 7 dias após a extubação (XIAOMEI et al., 2022; YI et al., 2021; GACOUIN et al., 2022; THILLE et al., 2022; ORIENTAÇÕES PRÁTICAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2024).Importante que pacientes sob VMI por mais de 24 horas sejam avaliados diariamente sobre a possibilidade do início do desmame, visto que os profissionais de saúde tendem a subestimar a capacidade desses em ventilar espontaneamente e uma vez avaliados esses parâmetros seja iniciado o TRE com uma monitorização cuidadosa dos critérios de falha. Prosseguir com a extubação caso obteve sucesso no TRE, em caso de falha retornar para um modo ventilatório confortável, por pelo menos 24 horas para nova tentativa (ORIENTAÇÕES PRÁTICAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2024).

Hipótese:

HIPÓTESE NULA (H0): Não há diferença significativa nas taxas de sucesso de extubação entre pacientes que realizaram o teste de respiração espontânea com tubo T utilizando oxigênio suplementar, ar comprimido ou ausência de fluxo gasoso. HIPÓTESE ALTERNATIVA (H1): O tipo de gás não influencia no sucesso do desmame, e otimiza a gestão racional de recursos hospitalares em pacientes submetidos a TRE em tubo T.

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos clínicos do teste de respiração espontânea com tubo T utilizando três estratégias: oxigênio suplementar, ar comprimido e ausência de fluxo gasoso externo

Objetivo Secundário:

Investigar a associação entre os parâmetros fisiológicos durante o TRE e os desfechos de extubação (sucesso ou falha) nas primeiras 48 horas após o teste.Avaliar os efeitos hemodinâmicos e respiratórios durante o TRE com tubo T, utilizando diferentes fontes de gás.Identificar a taxa de falha de extubação em cada grupo, correlacionando com os parâmetros fisiológicos observados durante o TRE.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, controlado, paralelo e de natureza intervencionista, com avaliação quantitativa dos desfechos clínicos relacionados ao teste de respiração espontânea com tubo T. Será realizado em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), unidade Presidente Dutra, em São Luís - MA. Será definida por meio da amostragem não probabilística sendo alocados em três grupos: oxigênio (5L/min), ar comprimido (5L/min) e ausência de gás. A coleta de dados será realizada em três momentos: Momento 1: início do teste de respiração espontânea; Momento 2: após 30 minutos do início do teste; Momento 3: após 7 dias se sem necessidade de reintubação, ou se alta da UTI anterior a 7 dias.No primeiro momento serão coletadas informações através da ficha de avaliação fisioterapêutica elaborada pelo autor da pesquisa (Apêndice A), contendo variáveis como: identificação, idade, sexo, data/motivo da admissão na UTI, diagnóstico médico e fisioterapêutico atual (Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos), sinais vitais (frequência cardíaca; pressão arterial; frequência respiratória; saturação periférica de oxigênio; temperatura), presença de comorbidades, medicações em uso (drogas vasoativas e sedativos), nível de sedação/consciência (Richmond Agitation ¿ Sedation Scale; Escala de Coma de Glasgow), funcionalidade prévia e atual (Johns Hopikins Highest Level of Mobility Scale), quantidade de aspirações de secreções pulmonar nas últimas 24 horas, balanço hídrico das últimas 24 horas, parâmetros da VMI, pico de fluxo de tosse, pressão de oclusão das vias aéreas nos primeiros 100 milissegundos (P0.1), índice de pressão muscular (PMI), delta de pressão de oclusão (¿POCC), pressão muscular (Pmus), flow index e cuff leak test (para população específica).O segundo momento da coleta de dados/avaliação ocorrerá quando o paciente concluir os 30 minutos do início do teste. Serão coletado os sinais vitais, medicações em uso, nível de consciência/sedação e se apresentou algum dos critérios de interrupção do teste. Caso não seja apresentado nenhum critério para interrupção, sucederá com a extubação. O terceiro momento, será para coletar o sucesso/falha da extubação, está se dará após 7 dias, ou antes caso ocorra alta da UTI ou necessidade de reintubação. Serão utilizadas as seguintes escalas/testes: Richmond Agitation - Sedation Scale (RASS); Escala de Coma de Glasgow; Escala de Coma de Glasgow; Pico de Fluxo de Tosse; Secreção Pulmonar; Balanço Hídrico; Pressão de Oclusão das Vias Aéreas nos Primeiros 100 milissegundos (P0.1); Índice de Pressão Muscular (PMI); Delta de Pressão de Oclusão Expiratória Final das Vias Aéreas (¿POCC); Pressão Muscular (Pmus); Flow Index; Cuff Leak Test; Após as avaliações citadas anteriormente, os pacientes serão alocados em três grupos, um Grupo Oxigênio (GO) em que será instalado fluxo de oxigênio à 5L/minuto, Grupo Ar Comprimido (GAC) que será instalado fluxo de ar comprimido à 5L/min, e Grupo Ausência de Gás (GAG), que será instalado o tubo T sem suporte de gás suplementar. A alocação dos pacientes nos grupos de intervenção será realizada por randomização simples. ¿ Grupo OxigênioA intervenção terá início após avaliação dos critérios estabelecidos, e será realizada conforme propõe a Orientações Práticas em Ventilação Mecânica (2024). O paciente será desconectado do ventilador mecânico e conectado a uma peça tubo T com fonte de oxigênio suplementar à 5L/min. Será mantido por 30 minutos conforme tolerância do paciente, ou será interrompido caso apresente sinais de intolerância ao teste, sendo retornado ao ventilador mecânico em parâmetros confortáveis, poderá realizar o TRE novamente após 24 horas e avaliação da equipe. O mesmo será realizado com os grupos ar comprimido e ausência de gás.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos e que estejam há mais de 24 horas em VMI, considerando os seguintes critérios: resolução ou estabilidade da condição clínica que levou a VMI; oxigenação adequada (PaO2 >60 mmHg; SpO2 >90%; FiO2 ¿40%; PEEP ¿8cmH2O); mecânica ventilatória adequada (FR ¿35irpm; capacidade de disparar o ventilador); estabilidade hemodinâmica (doses baixas e estáveis ou ausência de drogas vasoativas; arritmias graves; isquemia miocárdica); nível de consciência adequado sem sedação ou com sedação mínima, ausência de distúrbio metabólico graves (ORIENTAÇÕES PRÁTICAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2024). E com o aceite do responsável legal, perante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão:

Serão excluídos pacientes que faziam uso de oxigenoterapia domiciliar, que farão procedimento de traqueostomia ou que farão extubação paliativa. Também serão excluídos os pacientes que, ao despertarem, e não concordarem em participar do estudo ou até mesmo por desistência do responsável legal

Riscos:

Quanto aos riscos da pesquisa, estão a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral,intelectual, social, cultural ou

espiritual do ser humano, como em qualquer estudo e dele decorrente. Osriscos específicos desta pesquisa são os mesmo que já existem nos testes de retirada do ventilador feitosna rotina da UTI, como: desconforto respiratório; falha na tentativa de retirada do tubo; necessidade devoltar ao ventilador. Se qualquer risco aparecer, a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicosde enfermagem, fisioterapeutas e outros) será avisada imediatamente, para garantir os cuidadosnecessários" e o teste será interrompido. Será interrompido o teste caso o paciente apresentesinais de intolerância ao teste, como: alterações respiratórias (FR > 35IRPM; utilização de musculaturaacessória da respiração; diaforese; SpO2 persistentemente abaixo de 90%); caso tenha gasometria ao finaldo TRE (paO2 < 60mmHg; PaCO2 > 50mmHg exceto para pacientes previamente hipercápnicos ouelevação > 8 mmHg em relação ao basal; pH < 7,35); parâmetros hemodinâmicos (FC persistentementeacima de 140bpm; PA sistólica < 90 mmHg ou > 180 mmHg; sinais de hipoperfusão; arritmias graves; sinaisde isquemia miocárdica); alteração do estado mental (rebaixamento do nível de consciência; agitação ou ansiedade)(ORIENTAÇÕES PRÁTICAS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2024).

Benefícios:

Espera-se que os pacientes submetidos ao TRE com tubo T apresentem taxas semelhantes de sucesso na extubação, independentemente da fonte de gás utilizada. Caso seja observado equivalência, pode-se justificar o uso de opções com menor custo operacional. Os achados poderão contribuir para a padronização da condução do TRE e para a racionalização de recursos em unidades de terapia intensiva, promovendo uma assistência segura e custo-efetiva.

Metodologia de Análise de Dados:

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, controlado, paralelo, de natureza intervencionista com avaliação quantitativa. O cálculo amostral foi realizado considerando um nível de significância de 5% e poder estatístico de 95%, utilizando a ferramenta LEE (Laboratório de Epidemiologia e Estatística). Para estimativa, considerou-se a média anual de pacientes extubados na unidade nos últimos três anos. Com base nesses dados, estimou-se a necessidade de 24 participantes por grupo, totalizando 72 indivíduos. Considerando possíveis perdas amostrais, a amostra final prevista será de 84 participantes.

Desfecho Primário:

Avaliar se o tipo de gás utilizado durante o TRE com tubo T influência nas taxas de sucesso de extubação em pacientes críticos.

Desfecho Secundário:

Avaliar os efeitos do uso de diferentes fontes de gás durante o TRE sobre o esforço respiratório e a tolerância ao teste, bem como seus possíveis impactos no tipo de desmame, tempo total de ventilação mecânica invasiva e no tempo de internação na UTI.

Tamanho da Amostra no 84

Países de Recrutamento

País de Origem do Estudo	País	Nº de participantes da pesquisa
Sim	BRASIL	84

Outras Informações

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento:

Haverá consulta aos dados de prontuário, para coleta dos seguintes informações: diagnóstico médico, data de internação na UTI, comorbidades prévias, medicações em uso.

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:

84

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro

ID Grupo	Nº de Indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Ausência de Gás	28	sem suplementação de fluxo gasoso
Ar Comprimido	28	fluxo de ar comprimido conectado ao tubo T
Oxigênio	28	fluxo de O2 conectado ao tubo T

O Estudo é Multicêntrico no Brasil?

Não

Propõe dispensa do TCLE?

Não

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?

Não

Cronograma de Execução

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Submissão periódico científico	01/01/2027	31/03/2027
Defesa TCR	01/01/2027	31/03/2027

coleta de dados	02/03/2026	31/12/2026
Entrega TCR	01/01/2027	31/03/2027
Análise de dados	01/04/2026	31/03/2027

Orçamento Financeiro

Identificação de Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R$)
fotocopias do questionário TCLE	Custeio	R$ 37,50
canetas	Custeio	R$ 10,00
cartuchos para impressão	Custeio	R$ 150,00
papel A4	Custeio	R$ 50,00
notebook	Custeio	R$ 2.500,00
impressora	Custeio	R$ 350,00
Total em R$		R$ 3.097,50

Bibliografia:

ABDEL-LATIF, Amal M., et al. Impacto of Spontaneous Breathingtrial Trial Using T-tube Compared to Pressure Support Ventilation on Respiratory Functional Parameters in Critically Ill Patients. Zagazig University Medical Journal. v 24, p. 359-364, 2018 Disponível em: https://doi.org/10.21608/ZUMJ.2018.13248 AKELLA, Padmastuti., et al. To wean or not to wean: A practical patient focused guide to ventilator weaning. Journal of Intensive Care Medicine. v 37, 2022 Dísponível em: https://doi.org/10.1177/08850666221095436 ARCANJO, Ana Beatriz Braga, et al., Factors Associated With Extubation Failure in an Intensive Care Unit: A case-control study. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v 31, 2023 Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6224.3864 ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB); SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Orientações práticas em ventilação mecânica. 2024. AMIB Blog. Disponível em: https://bit.ly/3zspgto BLACKWOOD, Bronagh., et al. Use of weaning protocols for reducing duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients: Cochrane systematic review and meta-analysis. The BMJ. v 342, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.c7237 BOLES, J.M., et al. Weaning from mechanical ventilation. The European Respiratory Journal. v 29, p1033-1056, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1183/09031936.00010206 FERREIRA, Lucas L., et al., Monitorização não invasiva do drive e esforço muscular respiratórios em pacientes em ventilação mecânica: uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy. v 14, 2023. Disponível em: https://dx.doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2022.0063 FERREIRA, Natália de Araújo., et al. Pico de fluxo de tosse para predizer o resultado de extubação: uma revisão sistemática e metanálise. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. v 33, p 445 ¿ 456, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210060 GACOUIN, Arnaud., et al. 1-hour t-piece spontaneous breathing trial vs 1-hour zero pressure support spontaneous breathing trial and reintubation at day 7: A non-inferiority approach. Journal of Critical Care. v 67, p. 95-99, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.10.016 GIRARD, Timothy D., et al., An Official American Thoracic Society/ American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Test. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. v 195, p 120 -133, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1164/rccm.201610-2075ST HEUNSKS, Leo., et al. The worldwide assessment of separation of patients from ventilatory assistance (WEAN SAFE) ERS Clinical Research Collaboration. The European Respiratory Journal. v. 53. Disponível em: https://doi.org/10.1183/13993003.02228-2018 JOHNS HOPKINS MEDICINE. Johns Hopkins Highest Level of Mobility (JH-HLM) scale. Disponível em: https://www.hopkinsmedicine.org/physical_medicine_rehabilitation/training_resources/jhh_highest_level_of_mobility_scale.html. KHERALLAH, Mazen, P0.1 Predicts Respiratory Drive in Patients on Mechanical Ventilation. ICU Reach. 2002. Disponível em: https://www.icureach.com/post/p0-1-predicts-respiratory-drive-in-patients-on-mechanical-ventilation LEE- Laboratório de Epidemiologia e Estatística. Calculadora de tamanho amostral. Disponível em: www.lee.dante.br LÉON-GUTIÉRREZ, Marco A., et al, Predictores de fracasso em la extubation failure in neurosurgical patients. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. v54, p196-201, 2016. Disponível em: https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/562/1039 SALAM, Adil, et al., Neurologic status, cough, secretions and extubation outcome. Intensive Care Medicine. v30 p1334-1339, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00134-004-2231-7 NETO, Hugo Pasin et al. Escalas e testes funcionais em fisioterapia ortopédica, neurológica e respiratória. Editora da Universidade de Sorocaba ¿ Eduniso. 2021. Disponível em: https://editora.uniso.br/editora/catalog/book/13 SABACK, Lucas M. P., et al, O uso do teste de escape do balonete como fator preditor de laringoespasmo. Revista Brasileira Terapia Intensiva. v 20, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000100012 SANTOS WC et al. Assessment of nurse's knowledge about Glasgow coma scale at a university hospital. Einstein (São Paulo). v14, p213-218, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3618 SESSLER CN et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. American Journal Respiratory and Critical Care Medicine. v166, p1338-1344, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1164/rccm.2107138 SMAILES, Sarah T., et al. Cough strength, secretions and extubation outcome in burn patients who have passed a spontaneous breathing trial. Burns. v 39 p236-242, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.burns.2012.09.028 THILLE, Arnaurd W., et al. Spontaneous-Breathing Trial with Pressure-Support Ventilation or a T-piece. The New England Journal of Medicine. v387, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2209041 TOBIN, Martin J., et al. Extubation and the myth of ¿Minimal Ventilator Settings¿. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. v185, p. 347-464, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1164/rccm.201201-0050ED UPADYA, Anupama., et al, Fluid balance and weaning outcomes. Intensive Care Medicine. v31, p1643-1647, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00134-005-2801-3 WANG, Zhenzhen, et al., Predictive Value of Fluid Balance Before Extubation on its Outcome in Mechanically Ventilated Adults in the Intensive Care Unit. Nursing in Critical Care. v 29, p1545-1554, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nicc.13088 XIAOMI, Ye., et al. The effectiveness of pressure support ventilation and T-piece in differing duration among weaning patients: A systematic review and network meta-analysis. British Association of Critival Care Nurses. v28, p. 102-132, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nicc.12781 YI, Li-Juan., et al. Comparative Efficacy and Safety of Four Different Spontaeous Breathing Trials for Weaning From Mechanical Ventilation: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Frontiers in Medicine. v8, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fmed.2021.731196

Upload de Documentos

Arquivo Anexos:

Tipo	Arquivo
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2661932.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf
Solicitação registrada pelo CEP	cep.pdf
Folha de Rosto	folha.pdf
Outros	cartaresposta.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC2.docx
Outros	cartaresposta.pdf
Folha de Rosto	folha.pdf
Solicitação registrada pelo CEP	cep.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf
Solicitação registrada pelo CEP	cep.pdf
Brochura Pesquisa	TCC2.docx
Comprovante de Recepção	PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2661932.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf
Comprovante de Recepção	PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2661932.pdf
Folha de Rosto	folha.pdf
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2661932.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf
Solicitação registrada pelo CEP	cep.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf
Outros	CARTARESPOSTA1.pdf
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.pdf

Finalizar

Manter sigilo da integra do projeto de pesquisa: Não