



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

PABLO SILVA RIBEIRO DE ALBUQUERQUE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADMITIDOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

CAMPINA GRANDE

2018

PABLO SILVA RIBEIRO DE ALBUQUERQUE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADMITIDOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresenta à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para qualificação ao título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A345p Albuquerque, Pablo Silva Ribeiro de.
 Perfil epidemiológico dos pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva [manuscrito] / Pablo Silva Ribeiro de Albuquerque. - 2018.
 66 p.
 Digitado.
 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
 "Orientação : Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
 1. Epidemiologia. 2. Serviços de saúde. 3. Cuidados críticos. 4. Causas de morte. I. Título

21. ed. CDD 614.4

Elaborada por Giulianne M. Pereira - CRB - 15/714 BC/UEPB

PABLO SILVA RIBEIRO DE ALBUQUERQUE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADMITIDOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

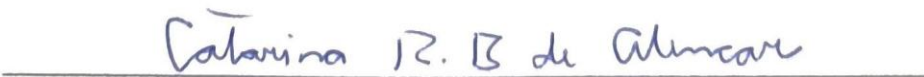
Dissertação apresenta à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para qualificação ao título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovado em: 10/07/18

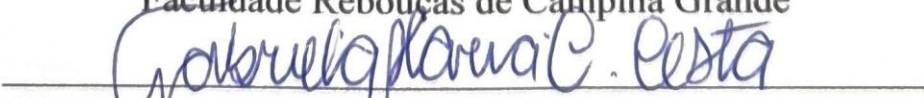
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Catarina Barros Ribeiro de Alencar
Faculdade Rebouças de Campina Grande



Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

ALBUQUERQUE, P.S.R. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva. [Dissertação]. Campina Grande: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB; 2018.

RESUMO

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva são locais especializados, munidos com tecnologia e que demandam grande volume de informação apropriada a fim de proporcionar atendimento eficiente para pacientes criticamente enfermos. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um Serviço de Referência. **Materiais e métodos:** Estudo observacional, descritivo-analítico, documental, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa – Paraíba. A amostra foi composta por todos os prontuários de pacientes internos nos anos de 2015 a 2017. As informações foram coletadas por meio de um formulário e inseridas, por dupla digitação, em um banco de dados no SPSS. Os dados foram apresentados por meio da estatística descritiva e inferencial (Testes do Qui-quadrado ou Exato de Fischer). O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram analisados 1.121 prontuários, com a maioria pertencendo ao sexo masculino (69,1%), envolvendo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (29,3%), procedentes de outros setores do próprio hospital (60,8%), com as causas externas constituindo-se no principal motivo da internação (50,5%) e 36,4% dos pacientes vieram a óbito. A análise bivariada revelou associação entre o sexo e as variáveis faixa etária ($p < 0.05$), causas externas ($p < 0.05$) e motivo de internação ($p < 0.05$). Dentre as causas externas predominaram os acidentes (76,5%), seguido das agressões (21,9%), enquanto entre as causas não externas os principais motivos foram doenças do aparelho circulatório (79,3%) e nervoso (5,8%). Os acidentes e as agressões foram mais frequentes nos homens, 78,5% e 90,3%, respectivamente. Dos 408 casos de óbito, a maior frequência foi registrada entre os homens (66,9%), na faixa etária de 50 a 59 anos (17,6%), sendo as causas não externas a principal etiologia (55,1%). Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de óbito e as variáveis faixa etária ($p < 0,05$), motivo da internação ($p < 0,05$), causas não externas ($p < 0,05$), procedimento cirúrgico ($p < 0,05$) e tempo de internação ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os pacientes são em sua maioria do sexo masculino, possuem mais de 60 anos e predominantemente não realizaram procedimentos cirúrgicos. Das causas externas, a mais comum foram os acidentes, enquanto para as causas não externas, as doenças circulatórias foram mais presentes. A ocorrência de óbito mostrou-se associado à faixa etária, motivo da internação, causas não externas, procedimento cirúrgico e tempo de internação.

Descritores: Cuidados Críticos. Epidemiologia nos Serviços de Saúde. Causas de Morte.

ALBUQUERQUE, P.S.R. Epidemiological Profile of Patients Admitted to Intensive Care Unit. [Dissertation]. Campina Grande: Post-Graduation Program in Public Health, State University of Paraíba – UEPB; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Intensive Care Units are specialized places that use technology and need and appropriate information volume in order to provide efficient care for critical patients. **Objective:** To describe the epidemiological profile of patients admitted to the Intensive Care Unit of a Reference Service. **Materials and methods:** An observational, descriptive and analytical, documental study with a quantitative approach, carried out at the Adult Intensive Care Unit of the Emergency and Trauma Hospital Senador Humberto Lucena in João Pessoa - Paraíba. The sample consisted of all the medical records of hospitalized patients from 2015 to 2017. The information was collected through a form and inserted by double typing into a database in SPSS. Data were presented through descriptive and inferential statistics (Chi-square or Fisher's exact test). The level of significance was 5%. **Results:** A total of 1,121 medical records were analyzed, with the majority belonging to the male sex (69.1%), involving individuals aged 60 years or older (29.3%), who came from other sectors of the hospital itself (60.8 %), with external causes constituting the main cause of hospitalization (50.5%) and 36.4% of patients evolving to death. The bivariate analysis revealed an association between gender and variables age range ($p < 0.05$), external causes ($p < 0.05$) and reasons for hospitalization ($p < 0.05$). Among the external causes, accidents (76.5%), followed by aggressions (21.9%), while among the non-external causes, the main reasons were diseases of the circulatory system (79.3%) and diseases of the nervous system (5.8%). Accidents and aggressions were more frequent in men, 78.5% and 90.3%, respectively. Of the 408 cases of death, the highest frequency was recorded among men (66.9%), in the age range of 50-59 years (17.6%). Non-external causes were the main etiology (55.1%), . There was a statistically significant association between the occurrence of death and the variables age range ($p < 0.05$), cause of hospitalization ($p < 0.05$), non-external causes ($p < 0.05$), surgical procedure, 05) and time of hospitalization ($p < 0.05$). It is **Concluded** The patients are mostly males, are over 60 years of age and most have not performed any surgical procedure. Regarding external causes, the most common were accidents, while for non-external causes, diseases of the circulatory system were the most prevalent. The occurrence of death was associated with age, hospitalization, non-external causes, surgical procedures and duration of hospitalization.

Key words: Critical Care. Epidemiology in Health Services. Cause of Death.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das variáveis	18
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo as características socioeconômicas e clínicas N=1121).....	29
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo e de acordo com as características socioeconômicas e clínicas.....	31
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo o motivo da internação de acordo com o sexo.....	33
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes segundo as causas externas e internas de acordo com o sexo.....	35
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes segundo as variáveis demográficas e referentes à internação de acordo com a ocorrência de óbito.....	38
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE – Acidente Vascular Encefálico

HETSHL – Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

SAME – Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. MATERIAIS E MÉTODOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	17
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO	17
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	17
3.4. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	17
3.5. VARIÁVEIS	18
3.6. ESTUDO PILOTO	19
3.7. INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS	19
3.8. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	19
3.9. ASPÉCTOS ÉTICOS	19
4. RESULTADOS	20
4.1. ARTIGO – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	21
5. CONSIDERAÇÕES	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	60

1. INTRODUÇÃO

1.1. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Terapia Intensiva possui registros de sua origem desde o século XIX, quando, em 1852, a enfermeira Florence Nightingale reuniu pacientes de pós-operatório em uma área comum até que eles se recuperassem dos efeitos imediatos da cirurgia^[1]. Em seguida, o surto de Poliomielite nos Estados Unidos alavancou o desenvolvimento tecnológico na área com descobertas e inovações associadas à ventilação mecânica^[2].

No Brasil o processo de implantação das UTIs foi lento, de modo que a criação de tais unidades só ocorreu na década de 1970, com o intuito de prestar uma assistência ligada a tecnologia^[3]. Ao longo dos anos, as unidades de recuperação se tornaram mais específica e cada vez mais investiram em tecnologia e capacitação técnica^[4]. Ao longo dos anos, a unidade de terapia Intensiva tornou-se um local especializado que reúne uma equipe de saúde eficiente e um conjunto de tecnologias que possibilita o manejo adequado do paciente criticamente enfermo^[5] além de sua monitorização continuada por decorrência politraumatismos, injúrias neurológicas agudas, insuficiência respiratória, doenças cardiovasculares agudizadas, além de traumas decorrentes de violências físicas domésticas e sociais^[6].

Atualmente, o crescimento de unidades de terapia intensiva especializadas e segmentadas contribui para o aumento da sobrevida de pacientes criticamente enfermos e acometidos por injúrias que cursam com instabilidades agudas^[7]. Porém, mesmo com o aumento no número de leitos de UTI nos últimos anos, a demanda em todo o território nacional ainda é maior que a disponibilidade, sendo frequente a escassez de leitos nas UTIs públicas brasileiras^[8].

Para que um paciente tenha indicação de ser admitido em uma unidade de terapia intensiva a clínica é fortemente considerada^[9] é necessário, a princípio, que exista possibilidades referenciadas de melhora; em seguida, deve ser verificado se existem disfunções agudas e severas^[10] que cursem com eminência de morte por alterações do metabolismo, rebaixamento do nível de consciência ou probabilidade importante de choque, podendo a qualquer momento apresentar uma disfunção súbita que possa conduzir ao óbito^[5]. Sendo assim, essas unidades desempenham um papel decisivo na chance de sobrevida de pacientes gravemente enfermos, sejam eles vítimas

de trauma, disfunções orgânicas ou de qualquer outro tipo de ameaça vital^[8]. No que diz respeito à alta da unidade intensiva, é possível pensar nesse procedimento quando é notório que as ameaças agudas à vida do paciente foram cessadas, estabilizadas ou encaminhadas a sua resolução, de maneira que o paciente já não carece de monitorização ou tratamento intensivo^[4].

1.2. PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS

Uma importante parte dos doentes assistidos pelas unidades de terapia intensiva devem a sua admissão à necessidade de assistência ventilatória artificial, comumente decorrente de acometimentos de base distintos^[11] mas que, porém, evoluem para insuficiência respiratória necessitando de oxigênio suplementar^[12] ou que, necessitam da ventilação artificial como forma de prevenção para complicações maiores; a exemplo de pacientes vítimas de traumas ou doenças neurológicas que cursam com escala de Glasgow inferior a 8 pontos. Existe também, de maneira comum, o uso de ventilação artificial em pacientes que tem como procedimento terapêutico o uso de sedação contínua^[13]. É importante destacar que a escolha correta dos equipamentos e a aplicação precisa dos recursos fazem diferença no desfecho e no prognóstico dos pacientes atendidos que necessitam de suporte ventilatório intensivo^[12].

Dos admitidos em unidades intensivas no Brasil, os pacientes vítimas de danos neurológicos constituem uma parcela significativa, destes destacam-se as vítimas de Traumatismos Crânio-Encefálicos - TCE, pois estão associados à traumas automobilísticos, traumas por agressões físicas e até por danos causados por armas de fogo e violência social^[14]. O TCE pode ser entendido como um acometimento traumático do sistema nervoso central que cursa com alterações anatômicas ou funcionais^[15]. O seu manejo pode ser cirúrgico ou conservador, comumente com uso de sedação vigorosa^[5]. Outro acometimento neurológico responsável por um número importante de internações em UTIs no país é o Acidente Vascular Encefálico – AVE; associado entre outras coisas ao envelhecimento e aos hábitos de vida e que possui abordagem terapêutica intensiva semelhante à oferecida para as vítimas de TCE^[16].

Além dos Traumatismos Cranioencefálicos e dos Acidentes Vasculares Encefálicos, os pacientes politraumatizados constituem uma importante fração dos admitidos em grandes unidades hospitalares brasileiras. Os motivos desencadeantes são os mais variados, indo desde vítimas de violência social até acidente

automobilísticos^[17]. No Nordeste Brasileiro, o custo de internação de um paciente vítima de traumatismo é em média 89% maior, para o Sistema Único de Saúde, quando comparado a qualquer outro acometimento. A média nas demais regiões do Brasil é de 37%.^[18] As UTIs que são compreendidas como unidades gerais ainda são responsáveis por receber pacientes com outras injúrias além das já citadas, a exemplo de insuficiência respiratória, envenenamento exógeno, insuficiência renal aguda, injúrias gastrointestinais agudas, injúrias cardiovasculares agudas entre outras^[4].

1.3. CONFIGURAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS UTIs

Em virtude das características clínicas dos pacientes atendidos e das ocorrências que fazem parte do cotidiano nas unidades de terapia intensiva, tais locais demandam a necessidade de grande aparato científico, tecnológico^[19] e humano, as unidades de terapia intensiva demandam grandes gastos financeiros para a sua correta manutenção^[18] sendo assim, a fim de otimizar os investimentos na área de saúde e em especial no segmento dos atendimentos aos pacientes gravemente enfermos, em 1998 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria 3432/98 que normatiza critérios para a classificação das Unidades de Terapia Intensiva no Brasil. Essa portaria estratifica as UTI em 3 tipos distintos: Tipo I, Tipo II e Tipo III; divididos criteriosamente com base nos recursos, físicos, tecnológicos e humanos disponibilizados na unidade. De maneira que atualmente a UTI que apresenta maior arsenal tecnológico, humano e físico é classificada como sendo uma Unidade Tipo III^[20].

De acordo com o ultimo censo realizado pela Associação de Medicina Intensiva em 2015 existem 40.960 leitos destinados a unidades intensivas destes, a maior parte encontra-se na Região Sudeste (22.200). O Nordeste possui apenas 7.323 leitos em uma razão de 1,3 para cada 10 mil habitantes; isso significa que de todos os leitos hospitalares da região, 17,9% são para cuidados intensivos. O Estado que possui a menor quantidade de leitos é o Macapá, com apenas 50 leitos em uma proporção de 1,1 leito por 10 mil habitantes. Entre 2010 e 2015 o número de leitos de UTI aumentou de 33.425 para 40.960^[21].

O Estado da Paraíba possui 506 leitos, portanto uma razão de 1,27 leitos para cada dez mil habitantes, em acordo com a Portaria nº 1101 de 2002 do Ministério da Saúde que preconiza a média de 1 a 3 leitos de UTI para o atual cenário do Estado. Desta maneira 1,2% de todos os leitos hospitalares da Paraíba, são de UTI. Os leitos

privados totalizam o número de 148 no entanto, encontra-se na razão de 3,4 leitos para cada 10 mil usuários de plano de saúde. Os leitos com gestão privada ocupam apenas 0,71% de todos os leitos hospitalares privados do Estado^[21].

1.4. INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NAS UTIs

Os estudos que se destinam ao conhecimento detalhado dos pacientes admitidos em UTIs e ao seu manejo, torna-se progressivamente mais importantes^[22] a medida em que as evidências mostram que medidas terapêuticas rápidas e assertivas influenciam positivamente no prognóstico, reduz tempo de internação, possibilita a redução dos gastos e otimiza os investimentos em saúde^{[23][24]}.

Os registros de dados têm sido amplamente utilizados com a finalidade de se realizar análises situacionais, avaliações e planejamentos^[25]. Tais registros compreendem um conjunto de informações em saúde capaz de delinear o entendimento a respeito da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica dos estudados; o que pode possibilitar o aprimoramento dos serviços e a otimização dos recursos^[26].

Além disso, pesquisas descritivas com características epidemiológicas, são capazes de detalhar a ocorrência de eventos relacionados à saúde evidenciando generalidades no comportamento de injúrias e identificando subgrupos populacionais vulneráveis, podendo recorrer à estratégias analíticas^[27].

A partir de investigações que abordem características epidemiológicas é possível também analisar, sob alguns aspectos, a qualidade da assistência oferecida no serviço estudado levando-se em conta a eficiência, efetividade, eficácia e acesso; podendo desta maneira otimizar o uso de recursos financeiros, terapêuticos e humanos^[23].

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de referência.

Objetivos Específicos

- Analisar a distribuição dos pacientes segundo características demográficas e referentes ao motivo da internação;
- Avaliar as causas externas e internas de internação;
- Analisar a ocorrência de óbito;
- Avaliar possíveis associações entre o sexo e as variáveis faixa etária, tipo de causa e motivo de internação;
- Avaliar possíveis associações entre a ocorrência de óbito e as variáveis faixa etária, motivo da internação, causas não externas, realização de procedimento cirúrgico e tempo de internação.

4. MATERIAIS E METODOS

4.1. Tipo de Estudo

O estudo pode ser definido como sendo descritivo, uma vez que fornece dados relativos à distribuição de um evento em uma determinada população; observacional, pois o pesquisador faz uso apenas da observação, não interferindo ou alterando fatores que podem gerar mudança e efeitos na situação^{[28][29]}. A pesquisa é ainda definida como transversal, já que é definido um determinado prazo e o menor possível para a coleta de dados, buscando conhecer a distribuição de características em uma população^[30] e de abordagem quantitativa.

4.2. Local de Realização

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), localizado em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Essa instituição é considerada referência para o manejo de pacientes gravemente enfermos. O HETSHL atende à urgências e emergências principalmente nas áreas de traumatologia, neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia geral, oftalmologia e nefrologia; realizando aproximadamente 6 mil cirurgias ao ano. Atualmente o HETSHL dispõe de 330 leitos, sendo 48 destinados à Terapia Intensiva. Os dados foram coletados no Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico – SAME, setor este responsável pela guarda e arquivamento dos prontuários dos pacientes.

4.3. População e Amostra

A população foi composta por 1.207 prontuários de pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva no período compreendido entre 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017. A amostra compreendeu 1.121 prontuários de pacientes com idades igual ou superior a 18 anos.

4.4. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os prontuários que:

- Pertenciam a vítimas que permaneceram internadas durante o período de coleta dos dados e, portanto, ainda não se encontravam no SAME;

- Apresentassem um percentual de ausência de informação que compromettesse o entendimento;
- Pertenciam a pacientes que permaneceram menos de 24 horas na Unidade de Cuidados Intensivos;
- Prontuários de pacientes menores de 18 anos de idade.

Portanto, com base nesses critérios, foram excluídos 86 prontuários, dos quais 36 não obedeceram ao critério de tempo mínimo de internação; e 50 por não apresentarem a idade mínima estabelecida para inclusão.

4.5. Variáveis

As variáveis analisadas estão distribuídas no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das variáveis estudadas.

CARACTERÍSTICAS	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIA	TIPO DE MENSURAÇÃO	TIPO DE ANÁLISE
Socioeconômicas	Sexo	Totalidade das características nas estruturas reprodutivas	Masculino	Qualitativa nominal mutualmente exclusiva	Independente
			Feminino		
	Faixa Etária	Tempo decorrido desde o nascimento	18 a 29	Quantitativa Discreta	Independente
			30 a 39		
			40 a 49		
			50 a 59		
			> 60		
	Procedência	Origem da internação em relação à própria instituição hospitalar	De outro setor do Hospital	Qualitativa nominal mutualmente exclusiva	Independente
			De setor Externo ao Hospital		
Clínicas	Motivo de Internação	Motivo clínico da internação na UTI	Causas Externas	Qualitativa nominal mutualmente exclusiva	Dependente
			Causas Não Externas		
	Tempo de Internação	Tempo decorrido desde sua admissão	< de 10 dias	Quantitativa Discreta	Independente
			> de 10 dias		
	Desfecho	Totalidade das saídas da UTI	Alta	Qualitativa nominal mutualmente exclusiva	Dependente
			Óbito		
			Alta/Transferência		
	Procedimento Cirúrgico	Existência de procedimento cirúrgico	Sim	Qualitativa nominal mutualmente exclusiva	Independente
			Não		
Epidemiológicas	Taxa Mortalidade	Relação entre altas e óbitos	Em porcentagem	Quantitativa Discreta	Independente
	Permanência	Relação entre admissões e saídas	Em porcentagem	Quantitativa Discreta	Independente
	Taxa de Renovação	Relação entre o total de saídas e o número de leitos	Em porcentagem	Quantitativa Discreta	Independente

4.6. Estudo Piloto

Previamente à coleta de dados, foi realizado um estudo piloto com 30 prontuários pertencentes ao ano de 2014, a fim de verificar a confiabilidade do instrumento e avaliar a ocorrência de possíveis inconsistências. Os dados do estudo piloto não foram utilizados na amostra final.

4.7. Instrumento de Pesquisa e Coleta de Dados

O instrumento de pesquisa consistiu de formulário desenvolvido pelo pesquisador (ANEXO B) a partir das informações contidas no prontuário hospitalar. Os dados foram coletados por um único pesquisador, no período de junho a dezembro de 2017 no Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

4.8. Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram inseridos por dupla digitação em um banco de dados criado no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)[®] versão 17.0 for Windows[®], e analisadas por meio da estatística descritiva e inferencial, sendo adotado um nível de significância de 5%. As análises bivariadas empregaram os testes do Qui-quadrado ou Exato de Fischer.

4.9. Aspectos Éticos

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos sob o parecer de número 74137317.2.0000.5181. O estudo ainda considerou os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde ^[31].

5. RESULTADOS

Artigo: Perfil Epidemiológico dos Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva

Perfil Epidemiológico dos Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva

Pablo Silva Ribeiro de Albuquerque¹, Alessandro Leite Cavalcanti²

¹Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba.

²Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Correspondência:

Pablo Silva Ribeiro de Albuquerque

Rua Riachuelo, 1011 – Liberdade, Campina Grande – PB

Fone: (83) 9 99221905 / E-mail: pabloalbuquerque@hotmail.com

Instituição Responsável: Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Fonte Financiadora: Financiamento próprio dos autores

RESUMO

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva são locais especializados, munidos com tecnologia e que demandam grande volume de informação apropriada a fim de proporcionar atendimento eficiente para pacientes criticamente enfermos.

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um Serviço de Referência. **Materiais e métodos:** Estudo

observacional, descritivo-analítico, documental, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa – Paraíba. A amostra foi composta por todos os prontuários de pacientes internos nos anos de 2015 a 2017. As informações foram coletadas em formulário por um único pesquisador e inseridos, por dupla digitação, em um banco de dados no SPSS. Os dados foram apresentados por meio da estatística descritiva e inferencial (Testes do Qui-quadrado ou Exato de Fischer). O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** Foram analisados 1.121 prontuários, com a maioria pertencendo ao sexo masculino (69,1%), envolvendo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (29,3%), procedentes de outros setores do próprio hospital (60,8%), com as causas externas constituindo-se no principal motivo da internação (50,5%) e 36,4% dos pacientes vieram a óbito. Dentre as causas externas predominaram os acidentes (76,5%), seguido das agressões (21,9%), enquanto entre as causas não externas os principais motivos foram doenças do aparelho circulatório (79,3%) e nervoso (5,8%). Houve associação entre o sexo e as variáveis faixa etária ($p < 0.05$), causas externas ($p < 0.05$) e motivo de internação ($p < 0.05$). Dos 408 casos de óbito, a maior frequência foi registrada entre os homens (66,9%), na faixa etária de 50 a 59 anos (17,6%), sendo as causas não externas a principal etiologia (55,1%). Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de óbito e as variáveis faixa etária

($p<0,05$), motivo da internação ($p<0,05$), causas não externas ($p<0,05$), procedimento cirúrgico ($p<0,05$) e tempo de internação ($p<0,05$). **Conclusão:** Os pacientes são em sua maioria do sexo masculino, possuem mais de 60 anos e predominantemente não realizaram procedimentos cirúrgicos. Das causas externas, a mais comum foram os acidentes, enquanto para as causas não externas, as doenças circulatórias foram mais presentes. A ocorrência de óbito mostrou-se associado à faixa etária, motivo da internação, causas não externas, procedimento cirúrgico e tempo de internação.

Descritores: Cuidados Críticos. Epidemiologia nos Serviços de Saúde. Causas de Morte.

ABSTRACT

Introduction: Intensive Care Units are specialized places that use technology and need and appropriate information volume in order to provide efficient care for critical patients. Objective: To describe the epidemiological profile of patients admitted to the Intensive Care Unit of a Reference Service. **Materials and methods:** An observational, descriptive and analytical, documental study with a quantitative approach, carried out at the Adult Intensive Care Unit of the Emergency and Trauma Hospital Senador Humberto Lucena in João Pessoa - Paraíba. The sample consisted of all the medical records of hospitalized patients from 2015 to 2017. The information was collected through a form and inserted by double typing into a database in SPSS. Data were presented through descriptive and inferential statistics (Chi-square or Fisher's exact test). The level of significance was 5%. **Results:** A total of 1,121 medical records were analyzed, with the majority belonging to the male sex (69.1%), involving individuals aged 60 years or older (29.3%), who came from other sectors of the hospital itself (60.8 %), with external causes constituting the main cause of hospitalization (50.5%) and

36.4% of patients evolving to death. The bivariate analysis revealed an association between gender and variables age range ($p < 0.05$), external causes ($p < 0.05$) and reasons for hospitalization ($p < 0.05$). Among the external causes, accidents (76.5%), followed by aggressions (21.9%), while among the non-external causes, the main reasons were diseases of the circulatory system (79.3%) and diseases of the nervous system (5.8%). Accidents and aggressions were more frequent in men, 78.5% and 90.3%, respectively. Of the 408 cases of death, the highest frequency was recorded among men (66.9%), in the age range of 50-59 years (17.6%). Non-external causes were the main etiology (55.1%), . There was a statistically significant association between the occurrence of death and the variables age range ($p < 0.05$), cause of hospitalization ($p < 0.05$), non-external causes ($p < 0.05$), surgical procedure, 05) and time of hospitalization ($p < 0.05$). It is **Concluded** The patients are mostly males, are over 60 years of age and most have not performed any surgical procedure. Regarding external causes, the most common were accidents, while for non-external causes, diseases of the circulatory system were the most prevalent. The occurrence of death was associated with age, hospitalization, non-external causes, surgical procedures and duration of hospitalization.

Key words: Critical Care. Epidemiology in Health Services. Cause of Death.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui registros de sua origem desde 1852, quando a enfermeira Florence Nightingale reuniu pacientes de pós-operatório em uma área comum^[1]. No Brasil a criação de tais unidades só ocorreu na década de 1970, com o intuito de prestar uma assistência em saúde ligada à tecnologia^[2]. Ao longo dos anos, as unidades de recuperação se tornaram mais específica e cada vez mais investiram em tecnologia e capacitação técnica^[3]. Ao longo dos anos, a unidade de terapia Intensiva tornou-se um local especializado que reúne um conjunto eficiente de pessoas e de tecnologias^[4].

Atualmente, o crescimento de unidades de terapia intensiva especializadas e segmentadas contribui para o aumento da sobrevida de pacientes criticamente enfermos e acometidos por injúrias que cursam com instabilidades agudas^[5]. Porém, mesmo com o aumento no número de leitos de UTI nos últimos anos, a demanda em todo o território nacional ainda é maior que a disponibilidade, sendo frequente a escassez de leitos nas UTIs públicas^[6].

Para que um paciente tenha indicação de ser admitido em uma unidade de terapia intensiva a clínica é fortemente considerada^[7] sendo necessário, a princípio, que exista possibilidades referenciadas de melhora; em seguida, deve ser verificado se existem disfunções agudas e severas^[8] que cursem com eminência de morte eminente. Sendo assim, essas unidades desempenham um papel decisivo na chance de sobrevida de pacientes gravemente enfermos, sejam eles vítimas de trauma, disfunções orgânicas ou de qualquer outro tipo de ameaça vital^[6].

Uma importante parte dos doentes assistidos pelas unidades de terapia intensiva devem a sua admissão à necessidade de assistência ventilatória artificial, comumente decorrente de acometimentos de base distintos^[9] mas que, porém, evoluem para

insuficiência respiratória necessitando de oxigênio suplementar^[10] ou que, necessitam da ventilação artificial como forma de prevenção para complicações maiores. É importante destacar que a escolha correta dos equipamentos e a aplicação precisa dos recursos fazem diferença no desfecho e no prognóstico dos pacientes atendidos que necessitam de suporte ventilatório intensivo^[10].

Dos admitidos em unidades intensivas no Brasil, os pacientes vítimas de danos neurológicos constituem uma parcela significativa. Destes destacam-se as vítimas de Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) e de Acidente Vascular Encefálico (AVE)^[11]. Pacientes politraumatizados também constituem uma importante fração dos admitidos em grandes unidades hospitalares brasileiras^[12]. As UTIs que são compreendidas como unidades gerais ainda são responsáveis por receber pacientes com outras injúrias, a exemplo de insuficiência respiratória, envenenamento exógeno, insuficiência renal aguda, injúrias gastrointestinais agudas, injúrias cardiovasculares agudas, entre outras^[3].

Os estudos que se destinam ao conhecimento detalhado dos pacientes admitidos em UTIs e ao seu manejo, tornam-se progressivamente importantes^[13] a medida em que as evidências mostram que medidas terapêuticas rápidas e assertivas influenciam positivamente no prognóstico, reduz tempo de internação, possibilita a redução dos gastos e otimiza os investimentos em saúde^{[14][15]}.

Os registros de dados têm sido amplamente utilizados com a finalidade de se realizar análises situacionais, avaliações e planejamentos^[16]. Tais registros compreendem um conjunto de informações em saúde capaz de delinear o entendimento a respeito da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica dos estudados; o que pode possibilitar o aprimoramento dos serviços e a otimização dos recursos^[17].

Além disso, pesquisas com características epidemiológicas, são capazes de detalhar a ocorrência de eventos relacionados à saúde evidenciando generalidades no comportamento de injúrias e identificando subgrupos populacionais vulneráveis ^[18].

Face ao exposto, este estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um serviço de referência.

MATERIAIS E METODOS

Tipo de Estudo e Local de Coleta

Este estudo transversal, descritivo-analítico, foi desenvolvido no Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena (HETSHL), localizado no município de João Pessoa, PB, considerado um serviço de referência com 330 leitos, sendo 48 destinados a UTI.

População e Amostra

A população foi composta por 1.207 prontuários de pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva no período compreendido entre 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017. A amostra compreendeu 1.121 prontuários de pacientes com idades igual ou superior a 18 anos.

Foram excluídos os prontuários que não apresentaram desfecho durante o período de coleta, aqueles com ausência comprometedora de dados, os pertencentes a pacientes que permaneceram menos de 24 horas na UTI e, por fim, prontuários de pacientes menores de 18 anos de idade.

Instrumento de Pesquisa e Coleta de Dados

O instrumento consistiu de formulário desenvolvido pelo pesquisador a partir das informações contidas no prontuário hospitalar. Foram registrados os seguintes dados: sexo, motivo da internação, tipos de causas externas, tipos de causas não-

externas, tempo da internação, existência de procedimento cirúrgico e desfecho dos pacientes. Os dados foram coletados no período de junho a dezembro de 2017.

Análise dos Dados

Os dados foram inseridos por dupla digitação em um banco de dados criado no SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)® versão 17.0 for Windows®, e analisadas por meio da estatística descritiva e inferencial, sendo adotado um nível de significância de 5%. As análises bivariadas empregaram os testes do Qui-quadrado ou Exato de Fischer.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos sob o parecer de número 74137317.2.0000.5181. O estudo ainda considerou os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. ^[31].

RESULTADOS

Dos 1.121 prontuários analisados, a maioria era do ano de 2016 (34,2%), de indivíduos do sexo masculino (69,1%), com idade igual ou superior a 60 anos (29,3%) e oriundos de outro setor do hospital (60,8%). O principal motivo da internação foram causas externas (50,5%), com permanência máxima de até 10 dias na UTI (52%). Aproximadamente um terço dos pacientes (31,9%) foi submetido a procedimento cirúrgico e 36,4% vieram a óbito (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo as características sociodemográficas e clínicas.

Variáveis	Categorias	Frequência	
		n	%
Ano	2015	381	34,0
	2016	384	34,2
	2017	356	31,8
Sexo	Masculino	775	69,1
	Feminino	346	30,9
Faixa Etária (em anos)	18 a 29	249	22,2
	30 a 39	195	17,4
	40 a 49	164	14,6
	50 a 59	184	16,4
	≥ 60	329	29,3
Procedência	De outro setor do Hospital	682	60,8
	Setor externo ao Hospital	439	39,2
Motivo da Internação	Causas Externas	566	50,5
	Causas Não-Externas	555	49,5
Tempo de Internação	Até 10 Dias	583	52
	Mais de 10 Dias	538	48
Procedimento Cirúrgico	Sim	358	31,9
	Não	763	68,1
Desfecho	Alta	588	52,5
	Transferência	125	11,2
	Óbito	408	36,4

Na Tabela 2 é possível verificar que para o sexo masculino predominou indivíduos mais jovem (18 a 29 anos) enquanto nos pacientes do sexo feminino houve maior acometimento de indivíduos mais velhos (≥ 60 anos). Em relação ao motivo da internação, as causas externas foram mais prevalentes entre os homens (59%), enquanto as causas não-externas foi maior entre as mulheres (68,2%). Entre aqueles pacientes que foram submetidos a procedimento cirúrgico, constatou-se um leve predomínio entre as mulheres (35,5%). Com relação ao tempo de permanência na UTI, verificou-se maior permanência para os homens (49,8%). A ocorrência de óbitos foi maior entre as mulheres (39%). A análise bivariada revelou associação entre o sexo e as variáveis faixa etária ($p < 0.05$) e motivo de internação ($p < 0.05$).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo o sexo e de acordo com as características sociodemográfica e clínicas.

Variáveis	Sexo				p valor
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Faixa Etária (em anos)					
18 a 29	211	27,2	38	11	0,00*
30 a 39	153	19,7	42	12,1	
40 a 49	106	13,7	58	16,8	
50 a 59	110	14,2	164	21,4	
Acima de 60	329	25,2	134	38,7	
Total	775	100	346	100	
Motivo da Internação					
Externas	457	59,0	109	31,8	0,00*
Não-Externas	318	41,0	237	68,2	
Procedimento Cirúrgico					
Sim	235	30,3	123	35,5	0,08
Não	540	69,7	223	64,5	
Tempo de Internação					
Até 10 Dias	389	50,2	194	56,1	0,06
≥ 11 Dias	386	49,8	152	43,9	
Desfecho					
Alta/Transf.	502	64,8	211	61,0	0,22
Óbito	273	35,2	135	39,0	

Em relação a distribuição dos pacientes segundo o motivo de internação, constatou-se que dentre as causas externas predominaram os acidentes (76,5%), seguido das agressões (21,9%), enquanto entre as causas não externas os principais motivos foram doenças do aparelho circulatório (79,3%) e nervoso (5,8%). Os acidentes e as agressões foram mais frequentes nos homens, 78,5% e 90,3%, respectivamente. Houve associação estatisticamente significativa entre o sexo e as causas externas ($p < 0.05$) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo o motivo da internação de acordo com o sexo.

Motivo da Internação	Sexo				Total		pvalor
	Masculino		Feminino				
	n	%	n	%	n	%	
Causas Externas							
Acidentes	340	78,5	93	21,5	433	76,5	0,00*
Agressões	112	90,3	12	9,7	124	21,9	
Lesões Autoprovocadas	5	55,6	4	44,4	9	1,6	
Total	457	80,7	109	19,3	566	100,0	
Causas Não Externas							
Aparelho Circulatório	248	56,4	192	43,6	440	79,3	0,72
Sistema Nervoso	20	62,5	12	37,5	32	5,8	
Aparelho Respiratório	20	64,5	11	35,5	31	5,6	
Doenças Neoplásicas	15	51,7	14	48,3	29	5,2	
Aparelho Digestivo	11	73,3	4	26,7	15	2,7	
Aparelho Geniturinário	2	50	2	50	4	0,7	
Doenças Infeciosas e Parasitárias	1	50	1	50	2	0,3	
Aparelho Osteomuscular	0	0	1	100	1	0,2	
Doenças Endóc. e Nutricionais	1	100	0	0	1	0,2	
Total	318	57,3	237	42,7	555	100,0	

Em relação aos acidentes, constatou-se predomínio dos acidentes de transporte (84,1%), com maior acometimento de indivíduos do sexo masculino (81%). Entre as agressões, a maioria dos casos envolveu ferimento por arma de fogo (75%) e os homens foram as vítimas principais (89,2%). Houve associação estatisticamente significativa entre os acidentes e o sexo ($p < 0,05$). Para as causas não-externas, as doenças cerebrovasculares foram a etiologia mais frequente (93,9%) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos pacientes segundo os tipos de causas externas e não externas, de acordo com o sexo.

Variáveis	Sexo						
Tipos de Causas	Masculino		Feminino		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Externas							
Acidentes							
Acidente de Transporte	295	81,0	69	19,0	364	100,0	0,00*
Outras Causas de Traumatismo	45	62,5	24	34,8	69	100,0	
Total	340	78,5	93	21,4	433	100,0	
Agressões							
Disparo por Arma de Fogo	83	89,2	10	10,8	93	100,0	0,66
Agressão por Obj. Penetrante	21	95,5	1	4,5	22	100,0	
Agressão por Força Corporal	8	88,9	1	11,1	9	100,0	
Total	112	90,4	12	9,6	124	100,0	
Lesões Autoprovocadas							
Intoxicação por Pesticida	5	65,2	3	34,8	8	100,0	0,23
Enforcamento, Estrangulamen.	0	0	1	100	1	100,0	
Total	5	55,5	4	44,4	9	100,0	
Não Externas							
Doenças do Ap. Circulatório							
Doenças Cerebrovasculares	230	55,7	183	44,3	413	100,0	0,11
Outras Doença do Coração	9	64,3	5	35,7	10	100,0	
Doenças das Artérias e dos Cap.	8	88,9	1	11,1	9	100,0	
Doenças Hipertensivas	1	25	3	75	4	100,0	
Total	248	56,4	192	43,6	440	100,0	
Doenças neoplásicas							
Neoplasias [tumores]	15	51,7	14	48,3	29	100,0	-
Doenças do Sist. Nervoso							
Transtornos Episódicos e Parox.	13	68,4	6	31,6	19	100,0	0,70
Outros Transtornos do Sis.Nerv.	6	54,5	5	45,5	11	100,0	
Transtornos dos Nervos	1	50	1	50	2	100,0	
Total	20	62,5	12	37,5	32	100,0	

Doenças do Ap. Digestivo							
Outras Doenças dos Intestinos	10	71,4	4	28,6	14	100,0	0,53
Doenças do Fígado	1	100	0	0	1	100,0	
Total	11	73	4	26	15	100,0	
Doenças do Ap. Geniturinário							
Insuficiência Renal	2	50	2	50	4	100,0	-
Doenças Infec. e Parasitárias							
Agentes de Infecção	1	33,3	2	66,6	3	100,0	-
Doenças do Ap. Osteomuscular							
Osteopatias e condropatias	0	0	1	100	1	100,0	-
Doenças Endóc. e Nutricionais							
Diabetes Mellitus	1	100	0	0	1	100,0	-

Dos 408 casos de óbito, a maior frequência foi registrada no ano de 2016 (34,3%), entre os homens (66,9%), na faixa etária de 50 a 59 anos (17,6%), sendo as causas não externas a principal etiologia (55,1%) (Tabela 5). Constatou-se ainda que quanto maior o tempo de internação, menor o número de óbitos. Houve associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de óbito e as variáveis faixa etária ($p<0,05$), motivo da internação ($p<0,05$), causas não externas ($p<0,05$), procedimento cirúrgico ($p<0,05$) e tempo de internação ($p<0,05$).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes segundo as variáveis demográficas e referentes à internação de acordo com a ocorrência de óbito.

Variáveis	Óbito						p-valor
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Ano							
2015	224	58,8	157	41,2	381	100,0	0,05*
2016	254	66,1	130	33,9	384	100,0	
2017	235	66,1	121	34,0	356	100,0	
Sexo							
Masculino	502	64,8	273	35,2	775	100,0	0,22
Feminino	211	61,0	135	39,0	346	100,0	
Faixa Etária							
18 a 29	180	72,3	69	27,7	249	100,0	0,00*
30 a 39	136	69,7	59	30,3	195	100,0	
40 a 49	118	72,0	46	28,0	164	100,0	
50 a 59	112	60,9	72	39,1	184	100,0	
≥ 60	167	50,8	162	49,2	329	100,0	
Motivo da Internação							
Causas Externas	383	67,7	183	32,3	566	100,0	0,00*
Causas Não Externas	330	59,5	225	40,5	555	100,0	
Causas Externas							
Acidentes	287	66,3	146	33,7	433	100,0	0,41
Agressões	89	71,8	35	28,2	124	100,0	
Lesões Autoprovocadas	7	77,8	2	22,2	9	100,0	
Causa Não Externas							
Aparelho Circulatório	262	59,5	178	40,5	440	100,0	0,03*
Sistema Nervoso	17	53,1	15	46,9	32	100,0	
Aparelho Respiratório	23	74,2	8	25,8	31	100,0	
Doenças Neoplásicas	21	72,4	8	27,6	29	100,0	
Aparelho Digestivo	5	33,3	10	66,7	15	100,0	
Aparelho Geniturinário	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Doenças Infecciosas e Parasitárias	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Aparelho Osteomuscular	1	100,0	0	0,0	1	100,0	
Doenças Endóc. e Nutricionais	0	0,0	1	100,0	1	100,0	

Procedimento Cirúrgico

Sim	245	68,4	113	31,6	358	100,0	0,02*
Não	468	61,3	295	38,7	763	100,0	

Tempo de Internação

Até 10 dias	336	57,6	247	42,2	583	100,0	0,00*
≥ 11 dias	377	70,1	161	29,9	538	100,0	

A Tabela 6 mostra que as vítimas do sexo masculino são predominantes nas faixas etárias mais jovens (18 a 39 anos) (46,9%), enquanto as mulheres são maioria acima dos 50 anos (60,1%). Essa mesma tendência foi verificada entre as causas da internação, de modo que as causas externas acometem indivíduos mais jovens (61%), enquanto as não externas predominam entre os mais velhos (67,4%). Tanto os acidentes como as agressões foram mais frequentes entre os pacientes mais jovens. A realização de procedimento cirúrgico aumentou com o avançar da idade e os óbitos foram predominantes entre os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (39,7%). Com exceção do tempo de internação, as demais variáveis mostraram-se associadas à faixa etária.

Tabela 6. Distribuição dos pacientes segundo o sexo, causa da internação, procedimento cirúrgico, desfecho e tempo de internação, de acordo com a faixa etária.

Variáveis	Faixa Etária										p-valor
	18 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		≥ 60		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo											
Masculino	211	27,2	153	19,7	106	13,7	110	14,2	195	25,2	0,00*
Feminino	38	11,0	42	12,1	58	16,8	74	21,4	134	38,7	
Causas de Intern.											
Externas	202	35,7	143	25,3	82	14,5	54	9,5	85	15	0,00*
Não Externas	47	8,5	52	9,4	82	14,8	130	23,4	244	44,0	
Causas Externas											
Acidentes	138	31,9	106	24,5	67	15,5	48	11,1	74	17,1	0,00*
Agressões	61	49,2	35	28,2	12	9,7	6	4,8	10	8,1	
Lesões	3	33,3	2	22,2	3	33,3	0	0	1	11,1	
Autoprovocadas											
Causas Não Externas											
Aparelho Circulatório	27	6,1	34	7,7	65	14,8	104	23,6	210	47,7	0,00*
Sistema Nervoso	4	12,5	4	12,5	7	21,9	11	34,4	6	18,8	
Aparelho Respiratório	4	12,9	3	9,7	4	12,9	4	12,9	16	51,6	
Doenças Neoplásicas	8	27,6	5	17,2	4	13,8	7	24,1	5	17,2	
Aparelho Digestivo	3	20,0	4	26,7	1	6,7	3	20	4	26,7	
Aparelho	0	0,0	0	0	0	0	1	25	3	75	
Geniturinário											
Proced. Cirúrgico											
Sim	61	17,0	61	17	64	17	70	19,6	102	28,5	0,00*
Não	188	24,6	134	17,6	100	13,1	114	14,9	227	29,8	
Desfecho											
Alta/Transferência	180	25,2	136	19,1	118	16,5	112	15,7	167	23,4	0,00*
Óbito	69	16,9	59	14,5	46	11,3	72	17,6	162	39,7	
Tempo de Intern.											
Até 10 dias	128	22	103	17,7	94	16,1	94	16,1	164	28,1	0,62
≥ 11 dias	121	22,5	92	17,1	70	13	90	16,7	165	30,7	

DISCUSSÃO

As causas de internação em uma UTI podem ser as mais diversas, a exemplo de causas externas como: acidentes, agressões e lesões autoprovocadas; ou como causas não-externas como: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho digestório, doenças infecciosas ou neoplásicas entre outras. Para uma UTI classificada como adulta, apenas pacientes com mais de 18 anos devem ser atendidos, no entanto, em casos específicos, pacientes com idade igual ou superior a 15 anos podem ser admitidos na unidade adulta a depender das circunstâncias^[23]. Em relação aos óbitos, estes devem ser atribuídos a um determinado setor quando o paciente já estiver internado à pelo mesmo 24 horas na referida Unidade. Desta forma, os dados levantados neste trabalho obedeceram aos critérios da Portaria 895 do MS e à ANS.

O tempo médio de permanência para os pacientes neste estudo ficou acima da média dos 9,2 dias descrita pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira para UTIs públicas. O tempo prolongado de internação pode ser parcialmente explicado pela dificuldade que as UTIs públicas têm em desocupar leitos transferindo pacientes que necessitam apenas de cuidados semi-intensivos, para setores apropriados, já que a rede pública não dispõe de um número satisfatório de leitos semi-intensivos^[24].

O fato da faixa etária mais prevalente ter sido a que contempla as idades iguais ou superiores a 60 anos, pode ser explicado pelos tipos de acometimentos mais atendidos na UTI pesquisada, principalmente nos que se relacionam aos acometimentos por Causas Não Externas, já que a maioria delas apresenta incidência diretamente relacionada ao avançar da idade, como as Doenças Circulatórias^[25].

A superioridade no número homens atendidos na UTI durante o estudo pode ser verificada em diversos trabalhos realizados no Brasil que tinham como objetivo traçar

perfis epidemiológicos e sociodemográficos de pacientes criticamente enfermos. Além disso, também foi percebida uma forte associação entre a faixa etária mais jovem (18 a 29 anos) e a predominância do sexo masculino. Este fato pode ser atribuído a algumas especificidades, a começar pelo perfil do hospital em que se encontra a UTI estudada. Pois, o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HETSHL é a referência para o sistema público de saúde estadual em atendimentos traumatológicos graves e neurológicos de emergência^[26]. Soma-se a isso a ligação entre acidentes automobilísticos e acometimentos traumáticos com a faixa etária mais jovem^[27]. O sexo masculino é comumente descrito como o sendo o mais associado à acometimentos traumatológicos, principalmente em sua faixa etária mais jovem. Os acidentes de trânsito também são uma importante causa de graves injúrias entre os jovens do sexo masculino, sobretudo os que envolvem motos^[28]. As agressões físicas também devem ser vistas como um importante fator que potencializa a prevalência nas internações de homens jovens na UTI pesquisada^[29].

Para a faixa etária superior a 60 anos, o sexo feminino foi mais prevalente entre os pesquisados. Tal descoberta pode estar ligada ao fato de que algumas doenças neurológicas e cerebrovasculares estarem associadas ao avançar da idade, sendo mais prevalente a partir da sexta década de vida^[30]. Em todo o mundo, as doenças cerebrovasculares acometem principalmente as mulheres; além disso, existe uma relação direta entre a incidência das ocorrências e o caminhar da idade^[31]. Assim, a maior prevalência de mulheres na faixa etária superior a 60 anos explica-se pelo o fato do HETSHL ser referência para atendimentos neurológicos graves, como acidentes vasculares encefálicos, e os mesmos serem mais prevalentes em mulheres mais velhas.

A associação encontrada entre os acometimentos externos e o sexo masculino pode ser explicado a partir do perfil ao qual o HETSHL se propõe a atender a partir da

pactuação estabelecida entre o Estado da Paraíba e Municípios; ficando o HETSHL responsável por atender acometimentos traumatológicos graves (politraumatismo, fraturas de membros superiores acima do cotovelo e fraturas de membros inferiores acima do joelho) e neurológicos/cerebrovasculares igualmente graves^[26]. Além disso, os jovens estão mais susceptíveis a se envolverem em acometimentos específicos como acidentes automobilísticos^[28] e agressões físicas^[29]. Já para as causas não externas, o presente estudo constatou que as mulheres são mais prevalentes. Tal constatação pode ser explicada pela associação entre o sexo feminino e as doenças cerebrovasculares^[31].

A predominância do sexo masculino para as Causas Externas, especificando os Acidentes e as Agressões pode ser explicado pelo fato dos homens se envolverem mais em acidentes de trânsito assim como em circunstâncias que envolvem agressões físicas. Pontualmente em relação aos acidentes, pode-se dizer que o crescente número de ocorrências traumáticas envolvendo transporte em áreas urbanas, deve-se de maneira importante ao grande número de motocicletas circulantes; que tiveram um crescimento exponencial nos últimos anos em virtude do baixo preço e da mobilidade que as mesmas proporcionam^[32]; tendo como resultante de tudo isso o aumento de acidentes de trânsito em todo o país^[33]. Além disso, é possível dizer que fatores culturais relacionados a maior permissibilidade social para com os homens, resultam na maior ingestão de álcool, imprudência e execução de manobras arriscadas, o que contribui para a maior incidência de acidentes no sexo masculino^[34]. Ainda para as Causas Externas, mas que agora envolvem as Agressões, o sexo masculino também se mostrou predominante; a provável explicação desta constatação deve-se ao fato do aumento descontrolado da violência em todo o país. Para os homens, aspectos culturais e a ingestão de álcool estão relacionados com a maior agressividade^[34], principalmente em regiões mais carentes onde o Estado mostra-se menos presente. Também é crescente no

país o número de assaltos violentos, sobre tudo na região Nordeste que apresenta a maior taxa de mortalidade entre homens com idade na faixa entre 20 e 59 anos^[35]. Os aspectos culturais e até biológicos levam o sexo masculino a maior impulsividade para reações de defesa durante uma situação de estresse, como em um assalto por exemplo^[34]. Para o Estado da Paraíba, os acometimentos que envolvem agressões físicas e mortes violência, principalmente entre homens, merecem destaque, já que o Estado se configura entre um dos mais violentos do País^[36].

Os Acidentes de Transporte foram o principal motivo de Causa Externa para as internações observadas durante o período da pesquisa. Essa informação é provavelmente explicada pelo notório aumento dos acidentes de trânsito em todo o País^[37]. Parte importante dos acidentes de trânsito, com vítimas graves, envolvem motocicletas. As motocicletas ganharam relevância no transporte urbano em virtude da acessibilidade de compra e da agilidade para a mobilidade nas grandes cidades^[34].

O sexo masculino envolve-se mais em acidentes de trânsito em virtude de costumes sociais e culturais, destacando o apreço pela imprudência durante a condução e o consumo de álcool. Além disso, condições laborais que envolvem a condução de veículos automotores estão mais relacionadas ao sexo masculino, a exemplo dos motoristas de taxis, caminhoneiros e motoboys^[38], além destes, os ciclistas e os pedestre compõem uma importante parcela dos atendimentos por vítimas de acidentes de trânsito. Em um cenário nacional, os homens representaram, em 2011, 82% das mortes por acidente relacionados ao trânsito^[39].

Em relação as Causas Não Externas, não foi possível perceber diferença significativamente importante entre homens e mulheres a partir do tipo de acometimento não externo. É possível atribuir este acontecimento ao grande número de causas distintas Não Externas encontradas durante a pesquisa, o que dissipa os dados e

não favorece inferências estatísticas. No entanto quando observado isoladamente, os casos de AVC foram estatisticamente mais prevalentes entre os homens (60,2%); já para os casos de Aneurisma, a maior prevalência foi para o sexo feminino (65,4%). Essa observação corrobora com dados nacionais que afirmam que nos últimos 10 anos houve uma redução significativa na incidência de AVC em mulheres e tal constatação, não foi observada para o sexo masculino^[31].

A verificação da redução da ocorrência de óbitos nos anos de 2016 e 2017, percebida no estudo, está provavelmente relacionada ao processo ao qual foi submetido o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para o recebimento do segundo certificado de acreditação nível 1 dado pela Organização Nacional de Acreditação durante o ano de 2016, já que para a obtenção de tal certificação todos os processos internos devem ser otimizados a fim de obterem o máximo em efetividade e a redução de fatores associados a infecção no ambiente hospitalar. Além disso, todo o processo de gestão é reestruturado com o objetivo de tornar mais harmônico a relação intersetorial^[40]; sendo necessário para isso esforços constantes, investimento em tecnologia, capacitação continuada, disseminação da filosofia institucional e da cultura de governança^[40].

A menor ocorrência de óbitos na faixa etária mais jovem, de 18 a 29 anos, observada durante a pesquisa pode estar relacionada em parte às características dos órgãos e sistemas dos pacientes acometidos, que possuem nessa faixa de idade maior capacidade de regeneração, já que com o envelhecimento o sistema nervoso, o sistema musculo esquelético e sobretudo o sistema cardiovascular sofrem alterações expressivas em sua capacidade auto-reparadora^[25].

A ocorrência de mortalidade também foi verificada menor para os acometimentos por causas externas, é possível imaginar que em virtude de as causas

externas terem como maior motivo os acidentes automobilísticos, e estes estarem relacionados a menor faixa etária^[40], aplica-se, portanto, o mesmo entendimento já descrito anteriormente; além disso, os acometimentos traumáticos agudos quando abordados com rapidez, apresentam maior probabilidade de um desfecho satisfatório^[18].

No Grupo de Causas Não Externas, as doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes, corroborando com dados nacionais^[25] e para estas foi possível verificar a menor ocorrência de óbitos. Pode-se propor que o fato dos acometimentos cerebrovasculares estarem incluídos neste item, contribuiu para a verificação da menor ocorrência de óbitos, já que a UTI pesquisada é referência em atendimentos à tais acometimentos. Durante a pesquisa foi possível descrever que pacientes que passaram mais de 10 dias internados apresentaram menor ocorrência de óbitos no entanto, existe uma variabilidade muito grande entre o tempo médio de permanência encontrado nas UTIs do Brasil, com a média indo de 3 dias a 30.9 dias e variando de acordo com a Região, o Estado e os fins aos quais ela se propõe^[23]; porém não foram encontradas referências que relacionassem os dias de internação com a mortalidade.

A verificação da predominância do sexo masculino na faixa etária mais jovem relaciona-se provavelmente ao tipo de acometimento que desencadeia a internação destes pacientes na UTI, comumente relacionadas a causas externas por acidentes e agressões já que homens jovens apresentam predisposição para se envolverem com maior facilidade em situações que envolvem maior risco de violência física ou de acidentes de transporte^{[34] [38]}.

Como era de se esperar, as Causas Não Externas foram mais prevalentes nas internações entre as faixas etárias mais velhas. Tal fato está provavelmente associado ao envelhecimento natural de órgãos e sistemas e aos danos causados pelos mecanismos fisiopatológicos do envelhecimento humano, destacando as doenças do Aparelho

Circulatório e do Sistema Respiratório. Destacando que fazem parte das doenças do Aparelho Circulatório os acometimentos cerebrovasculares e portanto, o Acidente Vascular Cerebral, um notório problema de saúde pública em virtude da sua grande prevalência, sobretudo após a quinta década de vida^[25].

A descrição dos pacientes cirurgiados mostrou que a média de idade dos homens submetidos à cirurgia foi menor em relação ao sexo feminino, essa descoberta está provavelmente relacionada a causa de internação, já que os homens são predominantemente internados por causas externas, a exemplo de politraumatismos e traumatismos cranioencefálicos. Traumas físicos importantes comumente necessitam de intervenção cirúrgica imediata, pois a estabilização hemodinâmica e/ou o restabelecimento do controle autônomo depende por vezes de tais intervenções^[16].

Em relação a ocorrência de óbitos, pode-se sugerir que o fato dela ser maior na faixa etária superior a 60 anos relaciona-se em parte aos agravos que levaram à internação, como já mencionado, a possibilidade de comorbidades associadas e a redução da capacidade de o organismo promover auto-reparo^[25].

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico clínico e sociodemográfico dos pacientes internos na UTI do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena foi devidamente traçado com base na pesquisa documental realizada; de modo a descrever com segurança que os pacientes são em sua maioria do sexo masculino, com faixa etária mais prevalente englobada por pessoas maiores de 60 anos procedentes principalmente de outros setores do próprio hospital, nos quais já se encontravam há mais de 24 horas e que predominantemente não realizaram procedimentos cirúrgicos. Das Causas Externas, a mais comuns foram os Acidentes; já para as Causas Não Externas, as Doenças Circulatórias foram mais presentes. Os idosos apresentaram maior prevalência de óbitos sem distinção entre os sexos, no entanto para os que passaram mais de 10 dias internados, a mortalidade encontrada foi menor.

REFERÊNCIAS

1. Ridley, S.; Borthwick, M.; Bourne, R.; Craig, M.; Egan, A.; Oxley, J. Evolution of intensive care in UK. *The Intensive Care Society*. London, 2003.
2. Silva, JMS. Silva, MPP.; Paula, PH.; Pires, JO.; Yamaguchi, UM.; Costa, CKF. Perfil dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário. *Rev. do Hospital Universitário/UFMA*, v.9, n.2, p.37-41, jul./dez. 2008.
3. Knobel, E. *Condutas no Paciente Grave*. 4ª edição, vol. 2, Atheneu Editora. 2016.
4. Moura Jr DF.; Guastelli L.R., Laselva CR; Santos BFC.; Knobel, E. Risk of factors for readmission in the intensive care unit. *Critical Care*. 2003; 7(Suppl 3):S49.
5. Queijo, AF e Padilha, KG *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.spe, pp.1018-1025. ISSN 0080 6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S008062342009000500004>.
6. Nogueira, LS; Sousa, RMC; Padilha, KG; Koike, KM. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTI's públicas e privadas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2012; 21(1): 59-67.
7. Ramos, JGR; Pessoa, RH; Baptista, PBP; Forte, DN. Factors potentially associated with the decision of admission to the intensive care unit in a middle-income country: a survey of Brazilian physicians. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2017;29(2):154-162.
8. Ramos JG; Perodini B; Dias RD; Miranda LC; Cohen C; Carvalho CR; et al. Development of an algorithm to aid triage decisions for intensive care unit admission: a clinical vignette and retrospective cohort study. *Crit Care*. 2016;20:81.

9. Brown SE; Ratcliff SJ; Kahn, JM; Alpern, SD. Epidemiology of intensive care unit readmissions in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012; 185(9): 955-64.
10. Amelie, OSA; Shelina, MJ; Grace, CJS; Ndidiamaka LM; Stanberry, LI; Howard, CRA. Pediatric Respiratory Support Technology and Practices: A Global Survey. *Healthcare* 2017; 5, 34; 2-11.
11. Schein, LEC; Cesar, JA. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensivas gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2010; 13(2): 289-301.
12. Castro, RRM de; Ribeiro, NF; Andrade, AM de; Jaques, BD. Perfil dos pacientes da enfermagem de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. *Acta ortop. bras.* [online]. 2013, vol.21, n.4, pp.191-194.
13. Piras, C.; Forte, LV.; Peluso, CM.; Lima, M.; Prandini, MN. Estudo Epidemiológico do TCE em Unidade de Terapia Intensiva Geral como Resultado da Adesão ao Latin American Brain Injury Consortium. *RBTI*, v.16, n.3, p.164-169, jul./set. 2004.
14. Jorge MP; Maria, HPM. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev. Bras. Epidemiol*. v.7, n.2, p.228-238, 2004.
15. Acuña, K; Costa, E; Grover, A.; Camelo, A; Júnior, R. Características clínicoepidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia (Rio Branco, Acre). *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007; 19(3):304-309.

16. Spiazzi, S; Favarin, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. Rev. Enferm. UFSM. 2012;2(2):320-329.
17. Corullón, JL. Perfil epidemiológico de uma UTI pediátrica no Sul do Brasil. 2007. 84 f. Dissertação (Mestrado em Medicina / Pediatria) - Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
18. Vieira, MS. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da central de regulação de internações hospitalares. Com. Ciências Saúde, v.22, n.3, p. 201-210, 2010.
19. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
20. Mathias-Pereira, J. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 4.ed. São Paulo: Atlas. 2016. 224p.
21. Medronho, R.; Bloch, KV. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
22. BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº196/96 versão 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2017.

24. BRASIL (Ministério da Saúde). Brasília: Agencia Nacional de Saúde: Média de Permanência UTI Adulto. 2013. v101
25. Esquenazi, D.; Silva, SB; Guimarães, MA. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014;13(2):11-20
26. Valdez, J. [Internet] Pactuação na saúde define novo perfil de atendimento no Ortopedia; 2015 [acesso em 3 ABR 2018]. Disponível: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/pactuacao-na-saude-define-novo-perfil-de-atendimento-no-ortopedia>
27. Mesquita Filho, M.; Carvalho, CR; Garcia, EP. Fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito entre universitário. Ver. Ciência e Saúde. 2017;10(2):62-70.
28. Silva, BJC.; Santos, JDM.; Santos, AMR.; Madeira, MZA; Gouveia, MTO. Acidentes com motocicletas: características da ocorrência e suspeita de álcool. Rev Cogitare Enfermagem. (22)3: e50715, 2017.
29. World Health Organization (WHO). Global status report on road safety. [Internet] Geneva: World Health Organization; 2013 [acesso em 8 ABR 2018]. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83789/1/WHO_NMH_VIP_13.01_eng.pdf?ua=1.
30. Costa, MFL; Peixoto, SV; Giatti, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). Rev Epidemiol. Serv. Saúde v.13 n.4 Brasília dez. 2004.
31. Lotufo, PA; Goulart, AC; Passos, VMA.; Satake, FM; Souza, FM; França, EB; Ribeiro, ALP.; Bensenor, IJM. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. Rev. bras. epidemiol. 2017, vol.20, suppl.1, pp.129-141. ISSN 1415-790X.

32. Tavares, FL; Coelho, MJ; Leite, FM. Homens e acidentes motociclísticos: caracterização dos acidentes a partir do atendimento pré-hospitalar. *Rev Esc Anna Nery* 2014;18(4):656-661
33. Vieira RCA, Hora EC, Oliveira, DV; Vaez, AC. Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011;45(6):1359-63.
34. Andrade, LM; Lima MA; Silva, CHC; Caetano, JA. Acidentes de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza-CE, Brasil. *Rev Rene.* 2009;10(4):52-9.
35. BRASIL (Ministério da Saúde). Brasília: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2012. 128p. ISBN: 978-85-64976-06-1
36. ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA [do] Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo, 2017
37. Bacchieri, G; Barros, AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev. Saúde Pública.* 45(5):949-963, out. 2011
38. Almeida, RLF; José Filho, GB; Bragal, JU; Magalhães, FB; Macedo, MCM; Silva, KA. Via, homem e veículo: fatores de risco associados à gravidade dos acidentes de trânsito. *Rev Saúde Pública* 2013;47(4):718-31
39. Waiselfisz, JJ. Mapa da Violência 2013: Acidentes de Trânsito e Motocicletas. Rio de Janeiro: Cebela, 2013. 91p.
40. Alástico, GP; Toledo, JC. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Rev Gest. Prod., São Carlos*, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações socioeconômicas, clínicas e epidemiológicas são importantes aliadas no manejo do paciente criticamente enfermo e no dia a dia das unidades de terapia intensiva. Com base nessa premissa, este estudo foi capaz de trazer à luz informações relevantes acerca dos pacientes internos na UTI do hospital de emergência e trauma mais importante da Paraíba.

Foi possível descrever com segurança que os pacientes atendidos na unidade são predominantemente do sexo masculino com idade igual ou superior a 60 anos. Comumente encontram-se internos em outro setor do hospital antes de serem encaminhados para UTI. Das causas externas, os acidentes são os mais prevalentes motivos de internação; já para as causas não externas, as doenças circulatórias são as mais prevalentes, com destaque para os acidentes vasculares encefálicos. A mortalidade foi maior entre os idosos que passaram menos de 10 dias internados, sem distinção entre o sexo.

O estudo se limitou a estudar os anos de 2015, 2016 e 2017, pois se tratava dos 3 últimos anos com dados integrais disponíveis. Além disso, foi cogitada a possibilidade de que dados mais antigos pudessem trazer divergência no perfil epidemiológico em virtude da implementação de novos protocolos e rotinas. Assim, sugere-se que levantamentos epidemiológicos continuados sejam realizados na UTI a fim de gerar dados para comparação de eficácia para rotinas e protocolos. Também seria de grande importância para a rede hospitalar estadual a implementação de uma plataforma online para a inclusão de dados epidemiológicos acessíveis para gestores e para o corpo técnico com a finalidade de servir de subsídio para a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

1. Ridley, S.; Borthwick, M.; Bourne, R.; Craig, M.; Egan, A.; Oxley, J. Evolution of intensive care in UK. *The Intensive Care Society*. London, 2003.
2. Moritriz, RD.; Machado, FO.; Cherm, M.; Orti Junior, HA. Análise das UTIs do Estado de Santa Catarina e avaliação do perfil dos pacientes internados nesses setores. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 39, n. 4, p. 51-55, 2010.
3. Silva, JMS. Silva, MPP.; Paula, PH.; Pires, JO.; Yamaguchi, UM.; Costa, CKF. Perfil dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário. *Rev. do Hospital Universitário/UFMA*, v.9, n.2, p.37-41, jul./dez. 2008.
4. Knobel, E. *Condutas no Paciente Grave*. 4ª edição, vol. 2, Atheneu Editora. 2016.
5. Moura Jr DF.; Guastelli L.R., Laselva CR; Santos BFC.; Knobel, E. Risk of factors for readmission in the intensive care unit. *Critical Care*. 2003; 7(Suppl 3):S49.
6. Dias, AT; Matta, PO; Nunes, WA. Índices de gravidade em unidade de terapia intensiva adulto: avaliação clínica e trabalho da enfermagem. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2006; 18(3); 276-281.
7. Queijo, AF e Padilha, KG *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.spe, pp.1018-1025. ISSN 0080 6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S008-62342009000500004>.
8. Nogueira, LS; Sousa, RMC; Padilha, KG; Koike, KM. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTI's públicas e privadas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2012; 21(1): 59-67.
9. Ramos, JGR; Pessoa, RH; Baptista, PBP; Forte, DN. Factors potentially associated with the decision of admission to the intensive care unit in a middle-income country: a survey of Brazilian physicians. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2017;29(2):154-162.
10. Ramos JG; Perodini B; Dias RD; Miranda LC; Cohen C; Carvalho CR; et al. Development of an algorithm to aid triage decisions for intensive care unit admission: a clinical vignette and retrospective cohort study. *Crit Care*. 2016;20:81.
11. Brown SE; Ratcliff SJ; Kahn, JM; Alpern, SD. Epidemiology of intensive care unit readmissions in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012; 185(9): 955-64.
12. Amelie, OSA; Shelina, MJ; Grace, CJS; Ndidiamaka LM; Stanberry, LI; Howard, CRA. Pediatric Respiratory Support Technology and Practices: A Global Survey. *Healthcare* 2017; 5, 34; 2-11.
13. Mauritz, W; Wilbacher I; Majdan. M; Leitgeb, J; Janciak, I; Brazinova, A; et al. Epidemiology, treatment and outcome of patients after severe traumatic brain injury in European regions with different economic status. *Eur J Public Health*. 2008

14. Feijó, CAR; Leite, FOJ; Martins, ACS; Furtado, AHJ; Cruz LLS; Meneses, FA. Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 18, n. 1, p. 18-21, 2006.
15. Lima, ME; Andrade, D; Haas, VJ. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.19, suppl. 3, p. 342-347, 2007.
16. Schein, LEC; Cesar, JA. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensivas gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2010; 13(2): 289-301.
17. Castro, RRM; Ribeiro, NF; Andrade, AM de; Jaques, BD. Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. *Acta ortop. bras.* [online]. 2013, vol.21, n.4, pp.191-194.
18. Mesquita GV; Oliveira FAFV, Santos; AMR, Tapety FI, Martins, MCC, Carvalho, CMRS. Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência. *Texto Contexto Enferm Florianópolis*. 2009;18(2):273-9.
19. Peña, HMS; Tolledo MN; Ruiz, OE; Gómez, LJM, Ruiz, A; Miguelez, GA, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. 2017;41:78-85.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 466/MS/SVS, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo. *Diário Oficial da União, Brasília*, 5 Jun 1998.
21. AMIB. Associação de Medicina Intensiva. [S.l.: s.n., 2012]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/leitotsuti_tipodeuti.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2017.
22. Piras, C.; Forte, LV.; Peluso, CM.; Lima, M.; Prandini, MN. Estudo Epidemiológico do TCE em Unidade de Terapia Intensiva Geral como Resultado da Adesão ao Latin American Brain Injury Consortium. *RBTI*, v.16, n.3, p.164-169, jul./set. 2004.
23. Jorge MP; Maria, HPM. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev. Bras. Epidemiol.* v.7, n.2, p.228-238, 2004.
24. Acuña, K; Costa, E; Grover, A.; Camelo, A; Júnior, R. Características clínicoepidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia (Rio Branco, Acre). *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007; 19(3):304-309.
25. Spiazzi, S; Favarin, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev. Enferm. UFSM*. 2012;2(2):320-329.

26. Corullón, JL. Perfil epidemiológico de uma UTI pediátrica no Sul do Brasil. 2007. 84 f. Dissertação (Mestrado em Medicina / Pediatria) - Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
27. Vieira, MS. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da central de regulação de internações hospitalares. Com. Ciências Saúde, v.22, n.3, p. 201-210, 2010.
28. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
29. Mathias-Pereira, J. Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. 4.ed. São Paulo: Atlas. 2016. 224p.
30. Medronho, R.; Bloch, KV. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
31. BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº196/96 versão 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Informação ao Participante

1.1 O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tende a atender às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos em eficácia no Brasil. Tendo como seu fundamental objetivo assegurar e resguardar os direitos dos participantes da pesquisa.

1.2 Este termo tem informações sobre o projeto de pesquisa e de seus responsáveis mencionados abaixo, atendendo os fundamentos da referida Resolução. Os participantes têm o direito resguardado de abordar o conhecimento sobre o projeto podendo de forma esclarecida e livre de qualquer obrigação, decidir por sua participação no estudo confirmando-se através de sua assinatura no final do termo, permanecendo de direito com uma das vias e a outra de posse do pesquisador.

2. Identificação

2.1 Título do Projeto de Pesquisa: Perfil Epidemiológico dos Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva.

2.2 Nome do Pesquisador Responsável: Pablo Ribeiro de Albuquerque.

2.3 Instituição Proponente: Faculdades Integradas de Patos, Unidade I, Rua Horácio Nóbrega, s/n. Belo Horizonte, CEP: 58700-250 Patos – PB, Telefax: (83) 3421-8100.

2.4 Finalidade: Projeto de Pesquisa, em cumprimento dos requisitos necessários para qualificação ao título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

3. Informações Acerca do Projeto de Pesquisa

3.1 Justificativa: As Unidade de Terapia Intensiva são locais que, em virtude de natureza, necessitam de informações epidemiológicas precisas que

potencialmente interajam com o prognóstico e com o desfecho do doente gravemente enfermo. Sendo assim, dados epidemiológicos em ambientes intensivos constituem um arsenal importante no caminho que busca a eficácia das condutas. O estudo proposto possui um desenho epidemiológico, realizado com base nas informações contidas em prontuários arquivados no Sistema de Arquivamento Médico e Estatístico do Hospital Senador Humberto Lucena, que trará a luz informações substanciais e que servirão de base para a criação de novas rotinas e ajustes em protocolos já existentes a fim de torna-los mais eficientes. Além disso, o estudo também contribuirá para futuras consultas a fim de comparação epidemiológica entre outras unidades de terapia intensiva.

3.2 Objetivo Geral: Descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena com base em dados documentais disponibilizados pelo Serviço Médico de Arquivamento e Estatística.

3.3 Riscos ou Desconfortos: A pesquisa apresentará riscos mínimos de ordem moral ao paciente, entretanto, estes serão minimizados por meio de uma conversa franca e esclarecedora, deixando claro que o indivíduo poderá deixar a pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

3.4 Benefícios Esperados: Os benefícios, por sua vez, apresentam-se em amplo destaque em relação aos riscos, visto que este trabalho irá contribuir com as bases científicas acerca do conhecimento sobre o perfil epidemiológico de pacientes criticamente enfermos admitidos em unidades de terapia intensiva.

4. Garantias ao Participante da Pesquisa:

4.1 Esclarecimentos, antes e durante o andamento da pesquisa, sobre a metodologia e a respeito dos procedimentos da mesma.

4.2 Asseguro que tem direito de recusar a participação ou abolir o seu consentimento a qualquer momento da pesquisa sem penalização e sem algum prejuízo e deixar de participar do estudo.

- 4.3** Receberá assistência especializada a qualquer eventual necessidade resultante dos procedimentos da pesquisa, seja essa precisão, imediata ou tardia.
- 4.4** O sigilo que assegura a privacidade do (a) participante quanto ao caráter confidencial envolvidos na pesquisa, e anonimato, visa preservar a integridade de seu nome e dos seus, mantendo as informações sobre privacidade e anonimato. Os resultados do estudo serão empregados somente para fins científicos.
- 4.5** Garantia de que receberá retorno sobre os resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão guardados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível ao participante quando desejar.
- 4.6** O projeto não terá nenhum bônus, será totalmente custeado pelo pesquisador.
- 4.7** Caso seja, poderá buscar explicações junto ao pesquisador responsável, que estará acessível para esclarecimentos e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa e Extensão das Faculdades Integradas de Patos, Unidade I, Rua Horácio Nóbrega, s/n. Belo Horizonte, CEP: 58700-250, Patos – PB, que avaliou o trabalho e aprovou o termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender seus direitos, caso manifeste esse desejo.

5. Contatos Disponibilizados pelos pesquisadores

- 5.1** Informados da importância do voluntário, o agradecem por consentir sua participação no acima referido projeto de pesquisa.
- 5.2** Comprometem-se, a cumprir a resolução 466/12, e prometem cuidar honestamente o que neste termo ficou abordado.
- 5.3** Comprovando seu compromisso, disponibilizam seus dados para contato ao participante.

Dados Complementares dos Pesquisadores para Contato:

Pablo Ribeiro de Albuquerque

Rua Riachuelo, 1011 – Liberdade, Campina Grande – PB

Fone: (83) 9 99221905 / E-mail: pabloalbuquerque@hotmail.com

Consentimento Pós-Informado

Obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, estando de acordo com o teor desse termo, o(a) participante ou seu representante (no caso de legalmente incapaz), assina, recebendo uma via, acatando sua participação no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. A outra via do termo fica reservada aos pesquisadores, que também assinam esse documento. Ambos também devem rubricar as folhas do TCLE.

Patos - PB, ____/____/____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

INFORMAÇÕES GERAIS											
Prontuário Nº	Sexo:	MASCULINO	0	FEMININO	1	Idade:	Data:	DIA	MÊS	ANO	

PROCEDÊNCIA		
Interna:	0	Externa:

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA											
Data de Entrada:	DIA	MÊS	ANO	Data de Saída:	DIA	MÊS	ANO	Permanência:	EM DIAS		

ACOMETIMENTO																			
Causas Externas:										SIM		1	NÃO		0				
A.DOMÉSTIC.	1	A.AUTOMOB.	2	AFOGAM.	3	AGRESS.	4	CHOQUE	5	FAB	6	FAF	7	INTOXIC.	8	LAV	9	QUEDAS	10

1.Acidente Doméstico; 2.Acidente Automobilístico; 3.Afogamento; 4.Agressão; 5.Choque Elétrico; 6.Ferimento por Arma Branca; 7. Ferimento por Arma de Fogo; 8.Intoxicação; 9.Lesões Autoprovocadas Voluntariamente; 10.Quedas;

PRES. DE FRAT.	1	0	PRES. DE TCE	1	0	PRES. DE LRM	1	0	PRES. DE CIR.	1	0
----------------	---	---	--------------	---	---	--------------	---	---	---------------	---	---

Presença de Fratura; Presença de Traumatismo Crânio-Encefálico; Presença de Lesão Raquimedular; Presença de Cirurgia

Causas Não Externas:										SIM		1	NÃO		0				
D.AP.CIRCULA.	1	D.AP.DIG.	2	D.AP.RESPIR.	3	D.AP.GENITUR.	4	D.AP.OST.M.	5	D.S.NERV.	6	D.PARASIT.	7	D.ENDOCR.	8	NEOPLAS.	9	QUEDAS	10

1.Doença do Aparelho Circulatório; 2.Doença do Aparelho Digestivo; 3.Doenças do Aparelho Respiratório; 4.Doenças do Aparelho Geniturinário; 5.Doenças do Aparelho Osteomuscular; 6.Doenças do Sistema Nervoso; 7. Doenças Parasitárias; 8.Doenças Endócrinas; 9.Neoplasias; 10.Outras;

Morbidade de Base:										SIM		1	NÃO		0				
AFOGAM.	1	ASMA	2	AVCH	3	AVCI	4	CHOQUE	5	DPOC	6	D.RESPIR.	7	DESNUTRIÇÃO	8	DM	9	D.ISQUEM. DO COR.	10
D.RENAIS	11	EAP	12	FAB	13	FAF	14	HAS	15	IAM	16	INFEC. OUTRAS	17	IC	18	IR	19	IRPA	20
INTOXICA.	21	LAV	22	PNEUMO	23	POLITRAU.	24	P.CIRURG	25	REB.N.C.	26	S.S. ANORM.	27	TRANS. ARRITMICOS	28	TCE	29	OUTROS	30

1.Afogamento; 2.Asma; 3.Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; 4. Acidente Vascular Encefálico Isquêmico; 5.Choque Elétrico; 6.Bronquite Crônica/Enfisema/DPOC; 7.Outras Doenças Respiratórias; 8.Desnutrição; 9.Diabete Mellitus; 10.Doenças Isquêmicas do Coração; 11.Outras Doenças Renais; 12.Edema Agudo Pulmonar; 13.Ferimento por Arma de Branca; 14.Ferimento por Arma de Fogo; 15.Hipertensão Arterial Sistêmica; 16.Infarto Agudo do Miocárdio; 17.Outras Infecções; 18.Insuficiência Cardíaca; 19.Insuficiência Renal; 20.Insuficiência Respiratória Aguda; 21.Intoxicação; 22.Lesões Autoprovocadas Voluntariamente; 23.Pneumonia; 24.Politraumatismo; 25.Pós-Cirúrgico; 26.Rebaixamento do Nível de Consciência; 27.Sinais e Sintomas Anormais; 28.Transtornos de Condução Elétrica e Arritmias; 29. Traumatismo Crânio-Encefálico; 30.Outros.

Morbidade Secundária:										SIM		1	NÃO		0				
AFOGAM.	1	ASMA	2	AVCH	3	AVCI	4	CHOQUE	5	DPOC	6	D.RESPIR.	7	DESNUTRIÇÃO	8	DM	9	D.ISQUEM. DO COR.	10
D.RENAIS	11	EAP	12	FAB	13	FAF	14	HAS	15	IAM	16	INFEC. OUTRAS	17	IC	18	IR	19	IRPA	20
INTOXICA.	21	LAV	22	PNEUMO	23	POLITRAU.	24	P.CIRURG	25	REB.N.C.	26	S.S. ANORM.	27	TRANS. ARRITMICOS	28	TCE	29	OUTROS	30

1.Afogamento; 2.Asma; 3.Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; 4. Acidente Vascular Encefálico Isquêmico; 5.Choque Elétrico; 6.Bronquite Crônica/Enfisema/DPOC; 7.Outras Doenças Respiratórias; 8.Desnutrição; 9.Diabete Mellitus; 10.Doenças Isquêmicas do Coração; 11.Outras Doenças Renais; 12.Edema Agudo Pulmonar; 13.Ferimento por Arma de Branca; 14.Ferimento por Arma de Fogo; 15.Hipertensão Arterial Sistêmica; 16.Infarto Agudo do Miocárdio; 17.Outras Infecções; 18.Insuficiência Cardíaca; 19.Insuficiência Renal; 20.Insuficiência Respiratória Aguda; 21.Intoxicação; 22.Lesões Autoprovocadas Voluntariamente; 23.Pneumonia; 24.Politraumatismo; 25.Pós-Cirúrgico; 26.Rebaixamento do Nível de Consciência; 27.Sinais e Sintomas Anormais; 28.Transtornos de Condução Elétrica e Arritmias; 29. Traumatismo Crânio-Encefálico; 30.Outros.

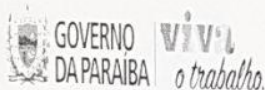
DESFECHO:		
Alta:	0	Óbito:
		1
Transf:	2	

APÊNDICE C - Termo de Compromisso do Pesquisador**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, Pablo Ribeiro de Albuquerque, professor das Faculdades Integradas de Patos e mestrando no Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba, responsabilizo-me pela projeto de pesquisa que intitula-se "Perfil Epidemiológico dos Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva" e comprometendo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado. Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.


Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Data 17 / 08 / 2017

ANEXO A - Termo de Autorização Institucional

**ANEXO VI
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
(LOCAL DO CAMPO DE ESTÁGIO)**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “_PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE, sob orientação do (a) docente, ALESSANDRO LEITE CAVALCANTE está autorizada para ser realizada junto ao SAME.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este serviço estadual de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Outrossim, informamos que para dar início à coleta de dados em qualquer Serviço da Rede Estadual de Saúde da Paraíba fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Informamos ainda que o comitê de ética, emissor da referida certidão deve estar credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

João Pessoa, 10 de agosto de 2017 .

Sem mais,
Atenciosamente,

(Assinatura do Responsável pelo Serviço)

Efigênia Maria Lino
Coordenadora NECE
CVB/HEETSHL

ANEXO B

	COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS	FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS/FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS-FIP	
---	---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil Epidemiológico dos Pacientes Admitidos em
Unidade de Terapia Intensiva

Pesquisador: PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74137317.2.0000.5181

Instituição Proponente: Fundação Francisco Mascarenhas/Faculdade Integradas de Patos-FIP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.307.237

Apresentação do Projeto:

O estudo objetiva Descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena com base em dados documentais disponibilizados pelo Serviço Médico de Arquivamento e Estatística. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional com abordagem quantitativa, nas quais os dados serão coletados através na análise de prontuários em arquivo. espera-se obter informações relevantes acerca do perfil epidemiológico de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, referência no Estado da Paraíba em atendimentos à pacientes gravemente enfermos. Espera-se também que tais informações possam colaborar como lastro teórico para a eficácia terapêutica e para a otimizadas de recursos.

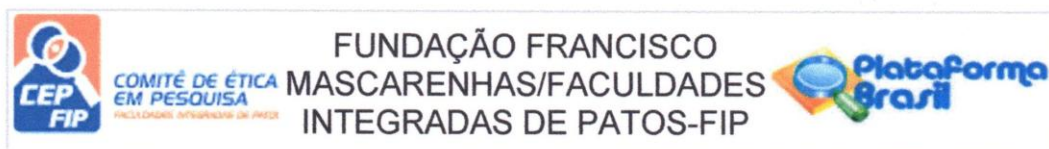
Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil epidemiológico de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena com base em dados documentais disponibilizados pelo Serviço Médico de Arquivamento e Estatística.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 466/2012.

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N		CEP: 58.704.000
Bairro: Belo Horizonte		
UF: PB	Município: PATOS	
Telefone: (83)3421-7300	Fax: (83)3421-4047	E-mail: cep@fiponline.edu.br



Continuação do Parecer: 2.307.237

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Cumpridas as pendências lançadas no parecer anterior, nos posicionamos de maneira Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pela RESOLUÇÃO 466/2012 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após a apresentação do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_981346.pdf	20/09/2017 12:43:38		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_assinado.jpg	20/09/2017 12:38:37	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO004.jpg	22/08/2017 18:15:18	JANETE FERNANDES DE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA003.jpg	22/08/2017 18:14:57	JANETE FERNANDES DE	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	22/08/2017 10:53:10	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	instrumento_pesquisa.pdf	18/08/2017 00:18:03	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	18/08/2017 00:06:07	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N

Bairro: Belo Horizonte

CEP: 58.704-000

UF: PB

Município: PATOS

Telefone: (83)3421-7300

Fax: (83)3421-4047

E-mail: cep@fiponline.edu.br



COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

FUNDAÇÃO FRANCISCO
MASCARENHAS/FACULDADES
INTEGRADAS DE PATOS-FIP



Continuação do Parecer: 2.307.237

Ausência	TCLE.pdf	18/08/2017 00:06:07	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_uepb.jpeg	17/08/2017 23:42:47	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_trauma.jpeg	17/08/2017 23:42:12	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	perfil_epidemiologico_plataforma.pdf	17/08/2017 23:30:01	PABLO RIBEIRO DE ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 29 de Setembro de 2017

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador)

Flaubert Paiva
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa (CEP)

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N

Bairro: Belo Horizonte

CEP: 58.704-000

UF: PB

Município: PATOS

Telefone: (83)3421-7300

Fax: (83)3421-4047

E-mail: cep@fiponline.edu.br