

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CÂMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTIAN FELIPE FANTIN ZIN

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

ERECHIM - RS

2021

CRISTIAN FELIPE FANTIN ZIN

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Enfermeiro,
Departamento de Ciências da Saúde
da Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões – Câmpus
de Erechim.**

**Orientadora: Prof^a Dra. Marciane
Kessler**

ERECHIM - RS

2021

CRISTIAN FELIPE FANTIN ZIN

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem, Departamento de
Ciências da Saúde da Universidade
Regional Integrada do Alto Uruguai e
das Missões – Câmpus de Erechim.**

**Orientadora: Prof^a Dra. Marciane
Kessler**

Erechim, 08 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Marciane Kessler
URI Erechim

Prof. Ms. Luana Ferrão
URI Erechim

Prof. Esp. Rafael A. Narzetti
URI Erechim

Dedico este trabalho aos meus pais, irmã e a Deus, que me apoiaram nesta importante missão da vida, servindo de alicerce. Obrigado pelo carinho e amor que jorraram sobre mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas oportunidades que me proporcionou até agora, por me guarnecer, me iluminar e ser referência na minha vida em todos os momentos.

Aos meus pais Nilso e Isélczi Zin por me apoiarem sem hesitar em momento algum, pela compreensão e amor. Minha irmã Évilin e afilhada Giovanna. Vocês quatro me ensinaram que o esforço vale a pena e que é preciso persistência para alcançar os meus objetivos. Obrigado por serem meu alicerce em toda minha trajetória até aqui.

Aos meus colegas de trabalho que conheci ao longo destes quatro anos de URI ERECHIM, por estarem sempre ao meu lado, pelo incentivo diário e pelas palavras de ajuda.

Aos meus amigos de longa data e minhas companheiras de apê (Roberta, Vitória e Tainara) que estiveram no meu lado ao longo da graduação e serviram de suporte sempre que precisei.

Aos que se tornaram meus amigos durante a graduação, especialmente Daniely Miolo, Larissa de Moraes e Leticia Conci vocês fizeram essa jornada ser bem mais divertida e especial.

Aos meus professores, que tanto me ensinaram e dividiram seu conhecimento. Especialmente à professora Dra. Marciane Kessler, minha orientadora querida, que aceitou encarar esse desafio ao meu lado, sempre com muito carinho e paciência. Você esteve sempre disponível, me auxiliou em tudo que eu precisei, me acalmou em inúmeros momentos e dizia: Vai dar tudo certo, calma! Essa vitória é nossa.

Ao Professor e Enfermeiro Rafael Narzetti e HC Erechim que sempre estiveram disponíveis em ajudar no que foi preciso e auxiliaram no fornecimento do banco de dados para que meu trabalho fosse concluído.

Aos professores que tive durante meus estágios ao longo destes cinco anos, pela oportunidade de aprender com vocês e colocar em prática meus conhecimentos teóricos. Em especial Profs. Angela Brustolin, Luana Ferrão, Neiva Prestes, Irany Denti, Cibele Manfredini, Eliana Buss, Marciane Kessler e Maiara Bordignon, agradeço imensamente por tudo que me ensinaram, pela disposição em estarem sempre dispostos a ajudar e por serem esses docentes incríveis. Sinto-me feliz em ter vocês como mestres. Vocês fazem a diferença.

Gratidão por tudo e a todos que de alguma forma contribuíram para que minha jornada acadêmica fosse concluída com êxito!

“Existem dois jeitos de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença”

(Roberto Shinyashiki)

RESUMO

Com o passar dos anos a tecnologia ganhou notoriedade e se intensificou no âmbito da ciência da saúde, surgindo grandes avanços tecnológicos a fim de proporcionar uma assistência adequada, efetiva e de maior qualidade. Neste contexto, surgem as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), na qual são ambientes de alta complexidade no meio intra-hospitalar, com o objetivo de oferecer suporte avançado de vida para variados níveis de comprometimento em pacientes críticos. A capacidade de ocupação de leitos de UTI vem aumentando de forma exacerbada nos últimos anos, agravando a demanda futura reprimida e evidenciando uma escassez assistencial pela superlotação dos serviços de saúde. Outro fator que deve ser considerado são os efeitos da transição demográfica, atrelada à redução da taxa de natalidade e ao envelhecimento da população, alterando o perfil epidemiológico dos pacientes internados em UTI. Neste contexto, conhecer o perfil epidemiológico das internações subsidia a gestão e gerenciamento do serviço, melhorando a qualidade da assistência, a organização e os resultados alcançados. O objetivo da pesquisa foi analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares em uma unidade de terapia intensiva do município de Erechim, Rio Grande do Sul. Tendo como objetivos específicos conhecer as características sociodemográficas dos pacientes; identificar a prevalência das causas de internações e avaliar a evolução clínica dos pacientes. O presente estudo trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal e retrospectivo. Para a pesquisa foram analisados dados secundários referentes à informações cadastrais dos pacientes internados em uma das UTIs do município. Estas informações foram fornecidas pela instituição hospitalar sem identificação de pacientes e familiares. As variáveis exploradas na pesquisa foram: idade, sexo, estado civil, município da residência, motivo da internação (CID-10), e dados referentes à evolução clínica (alta, transferência de unidade ou setor e óbitos). Os dados foram codificados e analisados em uma planilha Excel. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva das variáveis. Os resultados encontrados na presente pesquisa evidenciaram que entre o total de admitidos de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2020, a maioria são idosos (≥ 60 anos), do sexo masculino e casados/concubinatos. Pode-se perceber que as transferências após o período da UTI para outros setores de internação têm proporções maiores em adultos- jovens e diminuem conforme o aumento das faixas etárias. No que tange as internações diretas na UTI, a maior proporção está entre a população mais adulto/jovem relacionando às causas externas (e outros) e aumento de transferências de outras unidades de internação para a UTI entre pessoas de mais idade, pois estas possuem mais condições crônicas, que geralmente complicam ou agravam de forma mais lenta. O sexo masculino obteve o maior número de altas em comparação com o sexo feminino, sendo maiores em pacientes solteiros e separados, pois se trata de uma população mais jovem. Quanto aos óbitos, a maior porcentagem de mortalidade foi em viúvos. O município de Erechim apresentou os maiores índices de internação e no que tange aos indicadores de altas, os municípios que tiveram maiores prevalências foram Aratiba e Campinas do Sul. Considerando os capítulos da CID-10, admissões no período de 10 anos ocorreram principalmente por doenças do aparelho circulatório, seguido de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, lesões, envenenamento e algumas causas externas e neoplasias (tumores). A principal causa de óbito no período estudado foi por doenças infecciosas e parasitárias dentre elas a sepse não

especificada tendo mais proporção dentro do grupo. Entretanto, considerando a ordem de classificação das causas específicas de óbitos deste estudo, sem considerar o capítulo da CID-10, vale destacar que prevalecem as causas do aparelho circulatório. No que tange a variável de altas, os pacientes com melhor evolução clínica foram aqueles com nos seguintes Capítulos de CID-10: sintomas, sinais e achado anormais de exames clínicos e de laboratório seguido de doenças do aparelho geniturinário e em terceiro lugar para o capítulo de doenças do aparelho digestivo. Por meio deste estudo foi possível conhecer o perfil epidemiológico das internações na unidade de terapia intensiva auxiliando na gestão do serviços e ações para melhoria da assistência à saúde.

Palavras- chaves: UTI; Cuidados Intensivos; Perfil Epidemiológico; Enfermagem; Estudo Transversal.

ABSTRACT

Over the years, technology has gained notoriety and intensified in the field of health science, with great technological advances in order to provide adequate, effective and higher quality care. In this context, the Intensive Care Units (ICU) arise, in which they are highly complex environments in the hospital environment, with the objective of offering advanced life support for different levels of impairment in critically ill patients. The capacity to occupy ICU beds has been increasing in an exacerbated manner in recent years, aggravating the repressed future demand and showing a lack of care due to the overcrowding of health services. Another factor that must be considered is the effects of the demographic transition, linked to the reduction in the birth rate and the aging of the population, changing the epidemiological profile of patients admitted to the ICU. In this context, knowing the epidemiological profile of hospitalizations subsidizes the management and management of the service, improving the quality of care, the organization and the results achieved. The objective of the research was to analyze the epidemiological profile of hospital admissions in intensive care units in the city of Erechim, Rio Grande do Sul. Having as specific objectives to know the sociodemographic characteristics of the patients; identify the prevalence of causes of admissions and assess the clinical evolution of patients. The present study is a quantitative study, with a cross-sectional and retrospective design. For the research, secondary data referring to the registration information of patients admitted to one of the ICUs in the city were analyzed. This information was provided by hospital institutions without identifying patients and family members. The variables explored in the research were: age, sex, marital status, municipality of residence, reason for admission (ICD-10), and data regarding clinical evolution (discharge, transfer from unit or sector and deaths). Data were coded and analyzed in an Excel spreadsheet. Data analysis was performed using descriptive statistics of the variables. The results found in this research showed that among the total number of admissions from January 2010 to December 2020, the majority are elderly (≥ 60 years old), male and married/concubinate. It can be seen that transfers after the ICU period to other hospitalization sectors have higher proportions in young adults and decrease with increasing age groups. With regard to direct admissions to the ICU, the highest proportion is among the older/young population, relating to external causes (and others) and increased transfers from other inpatient units to the ICU among older people, as they have more chronic conditions, which generally complicate or worsen more slowly. Males had the highest number of discharges compared to females, being higher in single and separated patients, as this is a younger population. As for deaths, the highest percentage of mortality was in widowers. The municipality of Erechim had the highest hospitalization rates and, with regard to discharge indicators, the municipalities with the highest prevalence were Aratiba and Campinas do Sul. Considering the ICD-10 chapters, admissions in the 10-year period were mainly due to diseases of the circulatory system, followed by symptoms, signs and abnormal findings from clinical and laboratory tests, respiratory diseases, digestive diseases, injuries, poisoning and some external causes and neoplasms (tumors). The causes of death in the study period were infectious and parasitic diseases, among them unspecified sepsis having more proportion within the group, followed by respiratory diseases, in third place neoplasms (tumors), the fourth cause related to the genitourinary system, followed by diseases of the digestive tract. However, considering the order of classification of the specific causes of death in this study, without considering the ICD-10 chapter, it is

worth noting that the causes of the circulatory system prevail. The main specific causes were cerebrovascular accident (CVA) not specified as hemorrhagic or ischemic, being the main cause of death in the ICU, and unspecified Acute Myocardial Infarction was the fifth most prevalent cause of death in the ICU in this study. Regarding the discharge variable, the patients with the best clinical evolution do those with the following ICD-10 Chapters: symptoms, signs and abnormal findings from clinical and laboratory examinations followed by diseases of the genitourinary system and in third place for the chapter of diseases of the digestive tract. Through this study, it was possible to know the epidemiological profile of admissions to the intensive care unit and may support the management of services and actions to improve health care.

Keywords: ICU; Intensive care; Epidemiological Profile; Nursing; Cross-sectional study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Região de abrangência da 11ª CRS, Erechim/RS, 2021.....	26
Figura 2- Gráfico de tendência de admitidos e saídas no período de 2011 a 2020. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	32
Figura 3- Gráfico de tendência de altas, óbitos e transferidos (-) no período de 2011 a 2020. Hospital de Caridade/RS, 2021.....	32
Figura 4- Taxa de mortalidade por faixa etária. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	35
Figura 5- Proporção de altas, óbitos e transferências (-) por faixa etária. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	36
Figura 6 – Proporção de admissão direta e transferências (+) de outras unidades de internação para UTI. Hospital de Caridade/RS, 2021.....	37
Figura 7 – Proporção de internados na UTI por sexo. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	39
Figura 8 – Proporção de altas, óbitos e transferências (-) por sexo. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	39
Figura 9 – Proporção de entrada e transferências (+) por sexo. Hospital de Caridade/RS, 2021.....	40
Figura 10 – Proporção de admitidos na UTI por estado civil. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	41
Figura 11- Proporção de altas e óbitos por estado civil. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	42
Tabela 1 – Admitidos (+), altas, óbitos e entrada direta por município. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	43
Tabela 2 – Motivo de Internação hospitalar no Brasil, RS e na 11ªCRS. DATASUS 2021.....	44
Tabela 3- Admitidos (+), altas, óbitos e entrada direta por CID- 10. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2.OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos específicos.....	9
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Aspectos históricos da Unidade de Terapia Intensiva.....	18
3.2 Epidemiologia e Perfil Epidemiológico no âmbito de cuidados intensivos.....	20
3.3 Papel da Enfermagem na UTI.....	23
4. METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Período e Local.....	25
4.3 Participantes do estudo.....	27
4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	27
4.4.1 Critérios de inclusão.....	27
4.4.2 Critérios de exclusão.....	28
4.5 Coleta de dados e aspectos éticos	28
4.6 Benefícios e riscos.....	29
4.7 Análise de dados	30
4.8 Divulgação dos dados	30
5 ORÇAMENTO.....	30
6 CRONOGRAMA	31
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
8 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES	64
APÊNDICE I.....	65
APÊNDICE II.....	71

1 INTRODUÇÃO

Em meados do século XIX Inglaterra, França e Turquia declararam guerra à Rússia, intitulada em Guerra da Criméia, na qual milhares de soldados vinham a óbito por infecção pós-operatória pelas condições precárias de atendimento a assistência à saúde. Porém com base nas ações de Florence Nightingale, primeira enfermeira profissional, a taxa de mortalidade reduziu de 42% para 2% por meio de intervenções de cuidados mais complexos e especializados (OUCHI et. al, 2018).

Para Florence, fornecer um ambiente hospitalar adequado era essencial na recuperação dos pacientes, e é este princípio que embasa a Teoria Ambientalista. Após isso, a teórica ficou reconhecida pelos resultados revolucionários perante o tratamento dos pacientes. Em seus registros, Florence Nightingale menciona os fatores que auxiliam na manutenção de um ambiente propício para recuperação e manutenção da vida frente ao processo de cura, tais como: iluminação, alimentação, ruídos, ventilação, limpeza, calor e odores, desta maneira o ambiente constitui como um processo restaurador da saúde, com o intuito de conservar a energia vital do paciente a fim de recuperar-se da doença, priorizando a promoção da saúde dos mesmos (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Além de suas preocupações com as condições sanitárias do ambiente e de conforto do paciente, Florence utilizou métodos para classificar os soldados de acordo com o grau de gravidade, idealizando uma unidade para monitorar os soldados feridos, ofertando cuidados intensivos contínuos (OUCHI et. al, 2018). E assim, os conhecimentos e ações de Florence contribuíram para origem e consolidação da Epidemiologia como saber científico, que subsidia a gestão e as práticas de saúde pública e hospitalar (MEDEIROS et al, 2012).

Com o passar dos anos a tecnologia ganhou notoriedade e se intensificou no âmbito da ciência da saúde, surgindo grandes avanços tecnológicos a fim de proporcionar uma assistência à saúde adequada e de maior qualidade (OUCHI et. al, 2018). Neste contexto, surgem as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), sendo ambientes de alta complexidade no meio intra-hospitalar, com o objetivo de oferecer suporte avançado de vida aos diferentes níveis de comprometimento em pacientes críticos. Em um contexto geral, a UTI fornece instalação especializada focada para o

monitoramento contínuo, estabilização, manutenção e a melhora do quadro clínico dos pacientes internados (FERREIRA, 2017).

A capacidade de ocupação de leitos de UTI vem aumentando de forma exacerbada nos últimos anos, agravando a demanda futura reprimida e evidenciando uma escassez assistencial pela superlotação dos serviços de saúde.

Um fator a ser considerado, é o efeito da transição demográfica atrelada ao envelhecimento populacional, que contribui para alterar o perfil epidemiológico dos pacientes internados nas UTIs (SILVA et. al, 2018). Estudos recentes mostram que atualmente cerca de 60% dos leitos de UTI são ocupados por pacientes acima de 65 anos, portadores de doenças crônicas não tratadas e agudizadas (AZEVEDO, et. al, 2020).

Juntamente com o aumento das proporções e agravamento das doenças crônicas, principalmente cardiovasculares, respiratórias e neoplasias, a sociedade tem enfrentado grandes desafios relacionados às doenças infecto-contagiosas emergentes e reemergentes, como por exemplo a influenza e coronavírus, que levam a síndrome respiratória aguda grave (SARS), superlotando as UTIs e com potencial de levar a rede hospitalar ao colapso (DUARTE et al, 2009; NORONHA et al, 2020).

Para tanto, é improtelável a potencialização dos recursos terapêuticos e a educação permanente em saúde para assegurar a melhoria dos atendimentos assistenciais nessas unidades com o objetivo de atenuar o tempo de internação e melhorar a rotatividade de leitos. É nessa perspectiva que o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes assistidos na UTI assume extrema importância para a melhoria do planejamento da assistência à saúde dos internados e para a gestão do serviço (FRANÇA et al., 2016; GIACOMINI, LOPES, GANDOLFI & LOBO, 2015).

A epidemiologia está centrada em estudos que visam à identificação a frequência e distribuição de eventos relacionados à saúde de uma população, explorando as características gerais do comportamento de doenças e auxiliando a identificação de condicionantes e determinantes em saúde (LANETZKI et al. 2012; MEDEIROS et al, 2012). Segundo Medeiros et al. (2012), por volta de 1990 com a criação da Lei 8.080/90, a Epidemiologia tem ganhado notoriedade como importante referencial teórico para fundamentar e fomentar ações de saúde que incentivem de forma positiva a saúde da população brasileira.

Corroborando com afirmações supracitadas, Albuquerque; Silva; Souza (2017) destacam que, para conhecer a realidade dos serviços de saúde e as demandas de necessidade dos pacientes, é necessário investir na realização de pesquisas de cunho científico. Outrossim, reparar no perfil epidemiológico das unidades de saúde é um importante marcador para o planejamento, operacionalização dos serviços de saúde, como também para a organização e normatização de atividades técnicas correlatas e formulação de protocolos assistenciais.

Conforme resolução RCD 7/2010 (BRASIL, 2010), a organização e dimensionamento profissional da UTI depende do perfil assistencial e da demanda da unidade, e para isso, são necessário estudos que buscam conhecer o perfil epidemiológico deste cenário.

Ademais, para atender às necessidades assistenciais e gerenciais, é fundamental a implantação de um modelo de gestão atualizado, que permita aperfeiçoar os processos. A qualidade dos serviços em saúde não se restringe exclusivamente nos cuidados aos pacientes. Sob esta ótica, a administração hospitalar vem utilizando ferramentas voltadas na acreditação hospitalar visando melhorar os serviços por meio de avaliações em um processo complexo, dinâmico, ininterrupto objetivando a qualidade da assistência (RIBEIRO; CARDOSO, 2017). A acreditação contribui na implantação de melhorias nos processos de trabalho e correção de problemas que acabam influenciando a satisfação dos usuários (BRASIL, 2010). Mas alcançar a acreditação requer uma série de ações, dentre elas conhecerem o perfil desses pacientes (RIBEIRO; CARDOSO, 2017).

Além das diversas justificativas descritas acima, percebe-se diante da revisão da literatura que há escassez de estudos sobre o perfil epidemiológico em UTIs brasileiras, nos últimos cinco anos, especialmente na região sul. Foram encontrados 15 estudos brasileiros sobre a temática e realizado em UTI, e somente um do Rio Grande do Sul. Um estudo nacional identificou as taxas de mortalidade e carência de leitos e ventiladores mecânicos nas regiões brasileiras (MOREIRA, 2020); um estudo realizado em Sergipe descreveu o perfil epidemiológico e a taxa de mortalidade (ASSIS et al, 2020); outro realizado em Tocantins avaliou o risco de morte e o tempo estimado de permanência/internação (CARVALHO et al, 2020); outro buscou conhecer o perfil epidemiológico das infecções relacionada a assistência à saúde em Belém, Pará (FERREIRA et al., 2019); outro realizado no

Ceará descreveu as características epidemiológicas de pacientes com sepse (COSTA et al, 2019); outro estudo de São Paulo trouxe sobre fatores de risco e mortalidade dos pacientes com sepse (PINHEIRO et al, 2019);

Foi encontrado ainda um estudo realizado no estado de Mato Grosso sobre o perfil de morbimortalidade (CRUZ et al, 2019); outro sobre fatores de risco para mortalidade em idosos no Paraná (TALIZIN et al, 2019); No Ceará que avaliou a mortalidade e os fatores associados dentre os pacientes admitidos por sepse (COSTA et al, 2019); outro de Manaus sobre fatores preditivos de mortalidade em pacientes com co-infecção tuberculose e HIV (FERREIRA et al, 2018); sobre o perfil das infecções realizado em São Paulo (MICHELIN; FONSECA, 2018); outro sobre o perfil epidemiológico e o seguimento após alta no Rio de Janeiro (ALBUQUERQUE et al, 2017); outro sobre perfil epidemiológico dos pacientes internados com Traumatismo Cranioencefálico em Ceará (PONTE et al, 2017); outro realizado em Rio de Janeiro que avaliou a ocorrência de eventos adversos e o impacto deles sobre o tempo de permanência e a mortalidade (ROQUE, TONINI, MELO, 2016); outro realizado em São Paulo caracterizou o perfil epidemiológico da população internada (EL-FAKHOURI et al, 2016).

Para responder a estas lacunas, a presente pesquisa possui a seguinte questão de pesquisa: Qual o perfil epidemiológico das internações hospitalares nas unidades de terapia intensiva do município de Erechim (RS)?

Diante do cenário apresentado, é fundamental conhecer a população assistida nas UTIs e as demandas em saúde. Traçar o perfil epidemiológico, incluindo as causas de hospitalização, os fatores associados e a evolução clínica dos pacientes permitem aos profissionais e gestores melhor gestão e planejamento, fomentação de políticas públicas de saúde e estabelecer objetivos e metas para o setor, a fim de proporcionar uma assistência adequada e de qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares nas unidades de terapia intensiva do município de Erechim- RS.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as características sociodemográficas dos pacientes internados nas UTI's;
- Identificar a prevalência das causas de internações e de óbitos nas UTI's;
- Avaliar a evolução clínica dos pacientes admitidos nas UTI's.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos históricos da Unidade de Terapia Intensiva

Em meados do século XIX, posterior a guerra da Criméia, surge então à teoria ambientalista desenvolvida pela Enfermeira Florence Nightingale, enfatizando a importância do meio ambiente, buscando associar as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento sadio do organismo, nas quais são capazes de prevenir, extinguir ou contribuir para progressão da doença e a morte (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Ainda segundo, Medeiros; Enders; Lira (2015), Florence buscava propiciar um ambiente com condições adequadas para recuperação dos pacientes. Assim, tornou-se conhecida pelos seus cuidados que trouxeram resultados inovadores ao tratamento de pacientes internados. Florence conseguiu comprovar a eficácia das suas medidas e práticas adotadas e deixou contribuições para a epidemiologia (Medeiros et al, 2012).

No início do século XX, países da Europa e América do Norte enfrentaram a epidemia da poliomielite, na qual foram necessários estudos voltados ao suporte ventilatório para manutenção da vida, obtendo resultados positivos no tratamento dos pacientes. Por consequência, foram desenvolvidos os primeiros ventiladores artificiais para suporte e manutenção a vida de pacientes com comprometimento grave (FRANÇA; ALBUQUERQUE; SANTOS, 2013).

Diante do exposto, surgem as Unidades de Terapia Intensiva, na qual o Brasil adotou na década de 60 constituindo ambientes especializados no meio hospitalar, destinados em ofertar tratamento intensivo para pacientes críticos, cuja vida encontra-se ameaçada devido disfunções fisiológicas ocasionadas por doenças e condições clínicas do mesmo. Para prestação de assistência adequada o ambiente de cuidados intensivos requer profissionais qualificados e capacitados, recursos tecnológicos de monitorização e suporte a vida, equipamentos para funções vitais, dispositivos invasivos, e conhecimento técnico científico para suprir as necessidades dos pacientes (ALBUQUERQUE; SILVA; SOUZA, 2017).

Com o objetivo de respaldar a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, o Ministério da Saúde

implementou a Portaria MS nº 3.432 em 12 de agosto de 1998, intitulando as unidades de terapia intensiva, unidades hospitalares destinadas a pacientes críticos que necessitam de assistência ininterruptas de equipe multiprofissional, afim de garantir tecnologias necessárias para diagnósticos e terapêuticas compatíveis no suporte e manutenção à vida (BRASIL, 1998).

Em 2010, através da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, foi criada a RDC Nº7, na qual dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, na qual visa à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente. Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares (BRASIL, 2010).

Segundo dados ofertados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) realizado no último censo em 2016 pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), existem em torno de 494.496 leitos hospitalares em território nacional, destes, 452.755 (92%) não competem como leitos de UTI, e somente 41.741 (8%) são leitos de unidade de terapia intensiva. Ao todo são 1.961 (24%) estabelecimentos de saúde com unidade de terapia intensiva cadastrada no país, estabelecidos em 521 municípios brasileiros (AMIB, 2016).

O Estado do Rio Grande do Sul possui cerca de 101 estabelecimentos em saúde com Unidade de Terapia Intensiva, o que representa cerca de 5,2% do total de leitos de UTI do Brasil. Destes, 17 são estabelecimentos públicos, 22 privados e 61 são estabelecimentos filantrópicos.

A implantação de uma UTI deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual e deve estar cadastrada e manter atualizada as informações referentes a esta Unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A estrutura física está fundamentada segundo a RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, na qual normatiza a infraestrutura do local, tendo um dos requisitos mínimos, 5 leitos na unidade (BRASIL, 2010).

Ainda, segundo Brasil (2010), o artigo 13 da RCD 7/2010 assegura a Unidade de Terapia Intensiva com uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil

assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente. Para a equipe de enfermagem, a resolução denota que enfermeiros assistenciais devem ser no mínimo um para cada oito leitos ou fração, em cada turno e técnicos de enfermagem no mínimo um para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde a fim de complementar os serviços da Unidade de Terapia Intensiva em âmbito nacional, instituiu a Portaria nº 895 em 31 de março de 2017 com o propósito de fornecer um 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, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim fornece melhor organização e planejamento nas unidades de saúde (BRASIL, 2017).

Ademais, segundo Brasil (2020), define por meio da Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020, que unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado devem obter uma equipe multiprofissional adequadamente dimensionada e qualificada para a assistência aos pacientes críticos, e as atividades assistenciais prestadas devem ser integradas e discutidas conjuntamente entre os membros, a fim de atender às demandas dos pacientes.

3.2 Perfil epidemiológico no âmbito de cuidados intensivos

Historicamente, estudos voltados à epidemiologia surgiram por meio do interesse das análises de grandes epidemias que, atualmente, mostram-se um grande problema de saúde pública e coletiva, ameaçando a vida de muitos seres humanos. A epidemiologia descritiva nos serviços de saúde destaca-se em uma descrição minuciosa frente as ocorrências de eventos relacionados à saúde nas populações. A epidemiologia busca identificar o conhecimento das doenças e grupos mais vulneráveis para tal (Lanetzki et al. 2012).

Para Lilienfeld; Lilienfeld (1980), a epidemiologia procura avaliar a ocorrência da doença conforme tempo, lugar e pessoas. Sob tal ótica, busca determinar

aumento e decréscimo da patologia ao longo dos anos. Ademais, observa a frequência da doença limitada a uma área geográfica e o perfil epidemiológico na qual se encontra.

Dentre os métodos à disposição dos serviços de saúde para conhecer a necessidade dos pacientes e a realidade situacional, enfatiza a realização de pesquisas no âmbito hospitalar, como o conhecimento do perfil epidemiológico das unidades de saúde (ALBUQUERQUE; SILVA; SOUZA, 2017). Este abrange um conjunto de ações que oportunizam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, objetivando a adoção de medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (ALBUQUERQUE; SILVA; SOUZA, 2017).

Com ao passar dos anos o perfil demográfico e epidemiológico vem sofrendo variações frente à utilização de serviços de saúde (CASTRO et. al, 2016). Devido à transição demográfica caracterizada nos últimos anos, a população brasileira vem apresentando mudanças na estrutura de crescimento. No geral as estatísticas têm comprovado a redução da taxa de natalidade, alta morbimortalidade da população jovem por causas externas e o aumento na expectativa de vida, denotando um aumento significativo da pirâmide nas faixas etárias que compreendem a população adulta e idosa (GARCIA et. al, 2016; AZEVEDO et al, 2020).

Estas alterações demográficas tem ocasionado mudanças no perfil epidemiológico, com um acréscimo de doenças crônicas, como cardiovasculares, respiratórias e cânceres, conseqüentemente aumento de complicações e sequelas, com aumento na demanda de hospitalização destes pacientes, inclusive em unidades de terapia intensivas (SILVA et. al, 2018).

Segundo pesquisas divulgadas pela AMIB (2019), as doenças que mais ocasionam internação nas unidades de terapia intensiva em hospitais de cunho público em âmbito nacional são os casos de infecção/sepse com 24,81%, seguido das doenças cardiovasculares com 19,95% e na terceira posição as doenças neurológicas/psiquiátricas com 15,89%. Já no setor privado as maiores taxas de internações estão relacionadas às doenças cardiovasculares com 31,48%, seguido pelos casos de infecção/sepse com 24,38% e as doenças neurológicas/psiquiátricas com 13,80%.

Esta realidade está sendo percebida e evidenciada pelos profissionais da área da saúde (SILVA et. al, 2018). Diante deste fato, têm-se reflexo no aumento considerável frente às demandas por assistência à saúde, com resultado evidenciando o aumento dos custos financeiros do setor, especialmente no que tange em diárias de internação em UTI, equipamentos tecnológicos e insumos de unidade de cuidados a pacientes críticos, além do mais, pacientes acima de 75 anos de idade tem gastos financeiros sete vezes maiores perante pacientes com idades inferiores há 65 anos (GUIA et. al, 2015).

Devido ao crescimento exacerbado da demanda assistencial em unidades de terapia intensiva, atrelada à inadequação da infraestrutura, falta de recursos humanos capacitados e as ausências de protocolos assistenciais podem contribuir para o aumento do tempo de permanência dos pacientes e resultar em superlotação dos serviços de saúde (AZEVEDO et. al, 2020).

Para Feliciano et. al (2012), pacientes que necessitam de maior tempo de internação em UTI, sob cuidados intensivos e uso combinado de ventilação mecânica prolongada tendem a reduzir o percentual de massa muscular, acarretando em uma recuperação funcional mais demorada devido a fragilidade, em relação aos pacientes com tempo de internação mais curto. Inúmeros fatores podem contribuir para tempo de internação prolongada aos pacientes críticos, de tal forma tornando mais vulnerável e suscetível a risco de infecção hospitalar e demais agravos à saúde. Outrossim, os fatores psíquico emocionais influenciam na condição do paciente, tais como medo da condição clínica, ambiente desconhecido, isolamento social, separação familiar e procedimentos invasivos, na qual colaboram para aumento do estresse, podendo prolongar a permanência do mesmo na UTI.

Na mesma linha de pesquisa, Silva (2018) salienta que o tempo prolongado de internação interfere na perda da autonomia do paciente e aumenta o risco de morte. Assim, recomenda-se uma avaliação minuciosa pela equipe multiprofissional frente à conduta terapêutica e o momento adequado da alta, ambos tem por premissa de garantir o tempo mínimo de permanência, redução eventos adversos e complicações, além da diminuição dos custos hospitalares.

Ademais, é fundamental conhecer o perfil epidemiológico da unidade, pois é uma importante ferramenta para a organização, planejamento e a operacionalização dos serviços de saúde, tendo respaldo para elaboração de protocolos assistenciais a

fim de melhorar o processo de trabalho em unidades críticas (ALBUQUERQUE; SILVA; SOUZA, 2017).

Atualmente existem poucos estudos sobre levantamento do perfil epidemiológico em Unidade de Terapia Intensiva em nível nacional. Desta forma a fomentação de pesquisas frente ao perfil epidemiológico em âmbito hospitalar serve para constante atualização do conhecimento da população internada. Além disso, ter conhecimento sobre a unidade de destino e a evolução clínica do paciente na UTI são parâmetros primordiais para facilitar a gestão dos serviços a fim de oferecer indícios para a continuidade da conduta terapêutica dos pacientes (ALBUQUERQUE; SILVA; SOUZA, 2017).

Indubitavelmente conhecer a população assistida na UTI e sua evolução clínica, possibilita o levantamento de informações servindo para estudos de comparações científicas em nível nacional e internacional. Ademais, permite a formulação de estratégias, mudanças e fomentação de novas metas e objetivos para o setor, a fim de gerar melhorias na assistência prestada e, conseqüentemente na busca contínua da qualidade na atenção à saúde (FRANÇA; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2013).

Corroborando com as informações acima, Einstein (2018) salienta que no âmbito da UTI, conhecer o perfil epidemiológico da unidade e estabelecer indicadores são fundamentais para nortear no direcionamento de estratégias e modelos de prevenção e controle, fomentação de protocolos assistenciais visando a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Os indicadores dentro de unidades intensivas servem como eixos que conduzem a implementação intervenções tendo como objetivo monitorar erros, eventos adversos, diminuir tempo de internação, aperfeiçoar os serviços assistenciais e reduzir gastos durante o período de internação hospitalar (EINSTEIN, 2018).

3.3 Papel do Enfermeiro na UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço hospitalar organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com ênfase na monitorização contínua e suporte orgânico avançado para manutenção da vida frente a pacientes críticos, potencialmente críticos e em risco eminente de morte por insuficiência orgânica. A

assistência aos pacientes em unidades de terapia intensiva é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, de forma ininterrupta, formada por equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2020).

O Enfermeiro por vezes tende seguir ao modelo biomédico em sua prática assistencial, com foco na patologia, protelando aspectos relevantes que interferem no processo saúde-doença do paciente. Desta forma é essencial tornar cada vez mais frequente o cuidado mais humanizado, de forma holística, com foco na integralidade do cuidado (OUCHI et. al, 2018).

Além de atuar na prática assistencial e oferecer cuidado, o enfermeiro é o profissional legalmente responsável por assumir a atividade gerencial, a quem compete a coordenação da equipe de enfermagem, participação no processo de planejamento e gestão, ou seja, à tomada de decisão (CHAVES; TANAKA, 2012). Para exercer o cuidado e a gestão, é necessário que o profissional conheça o perfil da sua população internada e suas demandas.

Durante sua prática profissional deve-se atentar as características clínicas, complexidade e evolução dos pacientes internados na unidade especializada em cuidados intensivos, buscando a fomentação para a elaboração do planejamento assistencial e dimensionamento dos profissionais de enfermagem conforme a demanda apresentada, assim como investigar possíveis particularidades da população atendida e possíveis metas conforme o perfil da unidade (AZEVEDO et. al. 2020).

O enfermeiro dentro das ferramentas de gestão precisa priorizar a qualidade do registro da assistência, na qual reflete a qualidade da mesma e a produtividade do trabalho. Tendo uma base de dados adequada e sistematizada, pode-se construir um processo de trabalho adequado e qualificado frente às práticas assistenciais, além de implementar metas e objetivos que visam melhorar os resultados operacionais dentro das unidades de terapia intensiva (AZEVEDO et. al, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento transversal descritivo e retrospectivo, baseado em dados secundários.

Segundo Bonita; Beaglehole; Kjellstrom, (2010) os estudos transversais tem por finalidade mensurar a prevalência de doenças, que por consequência são comumente chamados de estudos de prevalência. Pesquisas de cunho transversal buscam enfatizar o perfil pessoal, demográfico, patológico e hábitos relativos à saúde. A frequência de doenças ou outras características podem ser examinadas em relação à idade, sexo e grupo étnico, corroborando em auxiliar em estudos de perfil epidemiológico de determinados grupos (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010).

Estudos com abordagem transversal tem baixo custo em comparação com os demais, e são de fácil condução e investigação frente exposições, características de determinados grupos. Os dados obtidos através dos estudos transversais são fundamentais para avaliar as necessidades em saúde da população (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010). A pesquisa retrospectiva, é um estudo desenhado para explorar fatos do passado.

4.2 Local e Período:

O presente estudo foi realizado no município de Erechim, situado ao norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. De acordo com o último Censo de 2010, Erechim contava com uma população de 96.105 habitantes e conforme estimativa de 2019, são 106.633 habitantes. O município fica distante à 369,2 km da capital do estado, Porto Alegre – RS. Atualmente o município possui quatro hospitais gerais e atende cerca de 33 municípios da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde – Região

16, totalizando aproximadamente 230.814 pessoas conforme o último Censo (Figura 1).

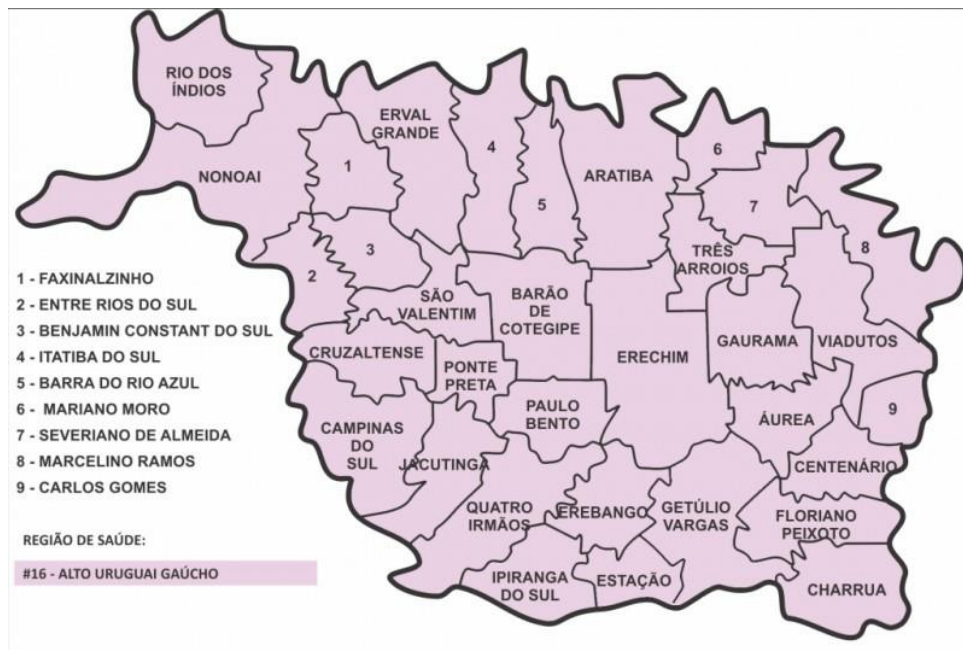


Figura 1- Região de Abrangência da 11ª CRS, Erechim/RS, 2021.

Os hospitais escolhidos para a presente pesquisa foram a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim que é um hospital público de médio porte e o Hospital de Caridade de Erechim, um hospital privado/filantrópico de médio porte. As unidades participantes ou foco do estudo foram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto de ambos os hospitais, no qual fornecem 10 leitos cada, para a população regional.

O estudo foi realizado no período de agosto a dezembro de 2021, sendo que a coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto e setembro do mesmo ano, com posterior análise e discussão dos dados entre os meses de outubro e dezembro, e apresentação dos dados no mês de dezembro de 2021.

Em contato com a gerencia do Hospital de Caridade por meio da Enfermeira Gerente Assistencial e Contadora responsável pelo administrativo, em reuniões no dia 30/05/21 e 07/07/2021, foi dado aval positivo quanto ao fornecimento dos dados cadastrais das internações para fomentação da presente pesquisa. Nestes encontros com a Enfermeira e a Contadora, ficou acordado que o acadêmico Cristian, juntamente com sua orientadora Dra Marciane Kessler, fornecerão ao hospital um relatório sobre o perfil epidemiológico das internações da UTI.

A Fundação Hospitalar Santa Terezinha foi contatada, na qual concedeu o val positivo e aprovação para realização do estudo, mas até o momento os dados não foram repassados aos pesquisadores por motivos internos da instituição, dando prazo de entrega dos dados para dezembro de 2021.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus de Erechim no mês de agosto de 2021 e aprovado sob parecer nº 4.961.314 e CAAE nº 50655221.4.0000.5351.

4.3 Participantes do estudo:

Os participantes da pesquisa foram todos os pacientes internados na unidade de terapia intensiva da instituição hospitalar do município de Erechim – RS durante o período de dez anos, de janeiro de 2011 a dezembro de 2020.

O hospital em estudo possui 10 leitos de UTI para a população da região. Considerando um tempo médio de internação de 10 dias (três pacientes por leito em um período de um mês) e uma taxa de ocupação de 80%, podemos supor que internam em torno de 48 pacientes por mês e 576 no período de um ano. Neste caso, analisando as internações dos últimos 10 anos teríamos uma população de em torno de 5.760 pacientes.

Foram analisados dados cadastrais dos pacientes que foram fornecidos pela instituição hospitalar, conforme APÊNDICE I. Com solicitação documentada para as instituições, Fundação Hospitalar Santa Terezinha e Hospital de Caridade de Erechim, recebemos autorização para realização da pesquisa e posterior liberação de planilhas de dados ao pesquisador sem identificação dos pacientes.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos dados:

4.4.1 Critérios de inclusão:

Pacientes internados na UTI do Hospital de Caridade de Erechim por no mínimo 24 horas, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020, e possuir o registro de informações cadastrais que poderão responder aos objetivos da pesquisa.

4.4.2 Critérios de exclusão:

Dados cadastrais insuficientes para contemplar os objetivos da pesquisa. Serão excluídos também os dados providos de Unidades de Terapia Intensiva destinadas para COVID-19.

4.5 Coleta de dados e aspectos éticos:

A coleta de dados secundários aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 2021 após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da URI Erechim, conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e após apreciação e aprovação das instituições hospitalares (APÊNDICE I). Posteriormente foi realizada a busca da assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Banco de dados (APÊNDICE II). A mesma foi realizada para manter sigilo e a confidencialidade dos dados secundários, bem como, respeitando os critérios de não identificação dos pacientes.

Foram utilizados dados secundários, provenientes de prontuário eletrônico dos pacientes internados na UTI do Hospital de Caridade de Erechim entre o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020, e no momento aguardamos os dados da Fundação Hospitalar Santa Terezinha. A qual poderá ser avaliada numa continuidade da pesquisa posteriormente. Os dados utilizados para esta pesquisa são dados cadastrais e não de prontuários, que foram liberados em planilhas formato de Excel, sem qualquer informação que possibilite a identificação do paciente ou familiares. Para isso, foi realizado um contato prévio com as instituições e combinada a melhor forma e data de apresentação da proposta de pesquisa, entrega do projeto com o parecer de aprovação pelo comitê de ética e posteriormente para acesso aos dados.

Neste estudo não foi utilizado instrumento de coleta dados, não presencial e nem virtual, e sim um banco de dados disponibilizado pela instituição de saúde em planilhas Excel. As variáveis foram analisadas com base em informações cadastrais cedidas pelas instituições que compreendem as seguintes informações: idade, sexo, estado civil, cor/etnia, filhos (se sim, quantos), município da residência, motivo da

internação (CID-10), tempo médio de internação, transferência antes ou após a internação para outros setores hospitalares e dados referentes a evolução clínica (alta, transferência de unidade ou setor e óbitos).

Os proponentes do estudo se comprometeram a respeitar a Resolução nº 466/2012 que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos e somente foi aplicado após a concordância de todas as partes envolvidas.

4.6 Riscos e Benefícios:

Benefícios: Os benefícios para os participantes são indiretos sendo que estará contribuindo com informações que poderão gerar evidências a respeito dos dados referentes ao perfil epidemiológico das internações nas UTIs na região da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, na qual estarão à disposição para futuros estudos e desenvolvimento de ações para melhoria da assistência a esta população. Para comunidade acadêmica os dados permitiram conhecer de forma mais detalhada o perfil dos pacientes atendidos em campo de prática, permitindo que o cuidado prestado seja de qualidade e respaldado pelo conhecimento técnico-científico. De maneira mais ampla a comunidade em geral se beneficiara por meio da melhoria na assistência e gestão hospitalar, com possibilidade de condutas assistenciais focadas na diminuição no tempo de internação, maior qualidade e efetividade, e fomentação de educação continuada em saúde para os profissionais com vista uma assistência digna e qualificada.

Riscos: Os riscos são mínimos, pois o pesquisador irá fazer uso de dados secundários e somente cadastrais, sem contato e manipulação com seres humanos ou documentos e informações de identificação de pacientes ou familiares. Deve considerar os riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas e potencial risco de sua violação. Neste caso, o banco de dados não será disponibilizado em plataformas virtuais, meios eletrônicos, ambiente compartilhado ou "nuvem" ou será apagado todo e qualquer registro de qualquer um destes meios. O pesquisador responsável fez o download das planilhas de dados disponibilizadas para um dispositivo eletrônico local (computador ou pen-draw), que é de uso

particular e possui senha de acesso, para assegurar total sigilo e confidencialidade dos dados da pesquisa, considerando o risco de violação dos meios eletrônicos.

4.7 Análise dos Dados

Inicialmente os dados fornecidos pela instituição em planilhas Excel, foram organizados, codificados e em seguida analisados no próprio Excel. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva das variáveis. As variáveis qualitativas (nominais e ordinais) foram descritas por meio de proporção.

4.8 Divulgação dos dados

Os dados serão divulgados por meio de resumos em eventos científicos e por meio da produção de um artigo científico que será encaminhado para a Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Além disso, será entregue a cada uma das instituições hospitalares um relatório sobre o perfil epidemiológico de cada uma das UTIs. Ressaltamos que não serão divulgadas informações de um hospital em particular, e sim o perfil das internações da região.

5 ORÇAMENTO

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Cópias	100	0,15	15,00
Correção Português	01	150,00	150,00
Tradução Inglês	01	150,00	150,00
Impressão final	4 (100)	0,15	60,00
Encadernação	4	4,80	19,00
Telefone	Disponível	-	-
Computador	Disponível	-	-
Deslocamento para pesquisa (litros de gasolina)	20	5,09	101,80
TOTAL			496,80

*As despesas serão de responsabilidade do aluno pesquisador.

6 CRONOGRAMA

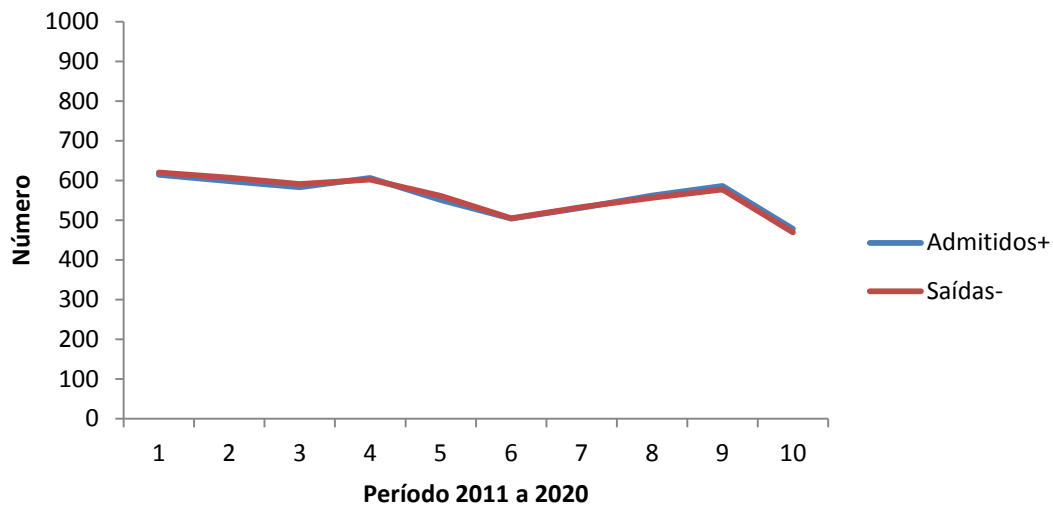
	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa	X				
Solicitações de autorização para as instituições de saúde para realizar a pesquisa e coleta de dados	X	X			
Análise, interpretação e discussão dos dados			X	X	
Apresentação do relatório de pesquisa					X

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste momento será apresentado somente o perfil epidemiológico das internações hospitalares da unidade de terapia intensiva do Hospital de Caridade de Erechim. A Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE) informou que será possível o fornecimento dos dados somente a partir do mês de dezembro, considerando mudanças do sistema de informação e adaptação do setor de Tecnologia de Informação (TI), na qual os dados foram postergados para final de deste ano.

Percebe-se conforme Figura 2, uma estabilidade de admitidos e saídas ao longo do período até o ano de 2019, com queda nas internações em 2020. Acredita-se que essa queda seja ocasionada pelo surto pandêmico ocasionado pela COVID-19 que exigiu a abertura de uma UTI específica para estes infectados, a qual não foi considerada neste estudo.

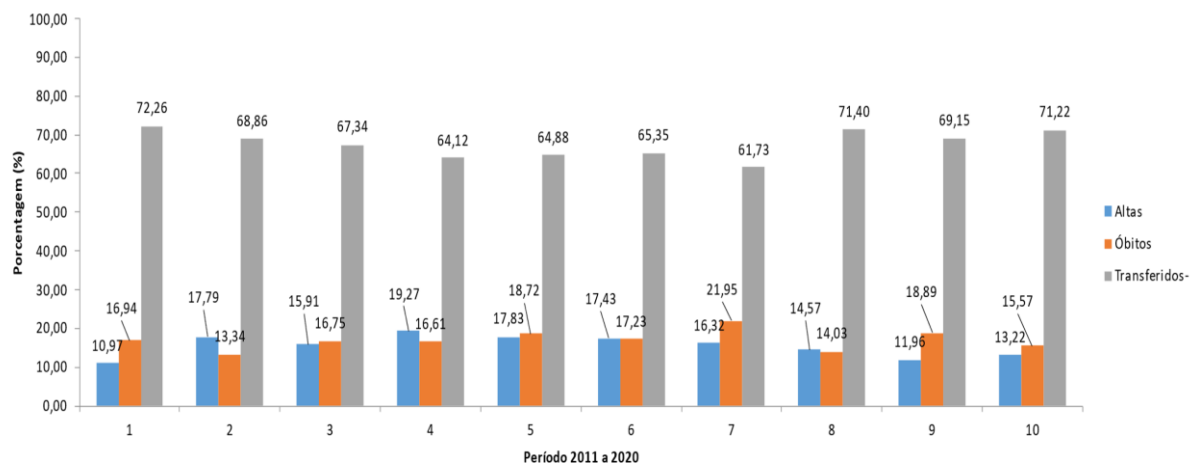
Corroborando com os dados apresentados na pesquisa, Campo; Canabrava (2021) salientam que devido à emergência de controle da pandemia, muitos serviços foram suspensos, ou suas atividades reduzidas. No contexto hospitalar o caso de cirurgias eletivas e redução abrupta e significativa de traumas, determinada pelo isolamento social, foram fatores importantes para tal redução. Ademais, inúmeros usuários pelo temor do risco de contágio nos serviços de saúde, evitaram ir à busca dos serviços, provocando uma expressiva queda nas internações em todos os setores das instituições hospitalares (CAMPOS; CANABRAVA, 2021).



Legenda: Admitidos (+): pacientes admitidos diretamente na UTI + pacientes transferidos de outras unidades de internação. Saídas (-): pacientes transferidos da UTI para outros setores + as altas + os óbitos.

Figura 2 - Gráfico de tendência de admitidos e saídas no período de 2011 a 2020. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Conforme a Figura 3, a proporção de altas, óbitos e transferidos (-), permaneceu estável ao longo do período estudado, com pequeno aumento na proporção de altas e óbitos entre o período de 2014 e 2017.



Legenda: Transferidos (-), são as pacientes internados na UTI e transferidos para outro setor do hospital antes da alta.

Figura 3: Gráfico de tendência de altas, óbitos e transferidos (-) no período de 2011 a 2020. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Conforme os resultados da figura 4, a taxa de mortalidade aumentou conforme o aumento da idade da população até 90 anos, chegando a 74,72% de óbitos por 1.000 habitantes. Observou-se redução da mortalidade na faixa etária de 91 a 115 anos de idade para 39,85 para cada 1.000 habitantes.

Um estudo australiano e neozelandês com população de idosos acima de 80 anos de idade, fomentado por Bagshaw et. al (2009), denota que idosos com idade superior a 80 anos possuem maiores índices de admissão e risco de morte eminente na UTI em comparação a pacientes mais jovens. Fatores associados como, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, comorbidades, admissão não cirúrgica, maior gravidade da doença, uso de ventilação mecânica, e permanência mais longa na UTI são fatores que contribuem para as maiores taxas de mortalidade em idosos longevos. Complementando os resultados, um estudo norte americano conduzido por Haymann et. al em 2015, mostra que 66% dos idosos com idade entre 71 a 80 anos que fazem uso de ventilação mecânica vieram a óbito antes da alta hospitalar ou transferência de unidade.

Indubitavelmente, idosos longevos com o avançar da idade tornam-se mais suscetíveis ao desencadeamento de DCNT aumentando risco de hospitalização e de óbitos. Contudo, o Ministério da Saúde sabendo o real problema de saúde pública elaborou o Caderno de Atenção Básica Nº 35, que elucida os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial, enfatizando neoplasias, doenças respiratórias, circulatórias e endócrinas, na qual os fatores de risco são comuns e modificáveis como tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool (BRASIL, 2011).

Corroborando com a afirmação descrita acima, dados ofertados pelo DATASUS extraídos do ano de 2019 (Tabela 2), frente a indicadores de óbitos por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's), nos mostra que em um total de 1.389.801 óbitos, 364.132 (26,98%) dos óbitos são causados por doenças do aparelho circulatório, seguido de neoplasias (tumores) 235.301 (17,43%) pacientes e doenças do aparelho respiratório totalizando 162.005 (12,00%) óbitos. No somatório das três principais DCNT, elas ultrapassam mais da metade dos óbitos totais no ano de 2019, em uma visão geral, afirmando cada vez mais um grande problema de saúde pública especialmente em idosos.

Com o envelhecimento populacional o sistema de saúde brasileiro enfrenta desafios pela demanda reprimida e resultados de exacerbação de doenças crônicas não tratadas. À medida que se apresenta a mudança demográfica, com aumento expressivo da expectativa de vida, deve-se ressaltar o aumento da população idosa, dentro das UTIs, tendo maiores índices de mortalidade no atual panorama (ROOIJ et. al, 2007; OLIVEIRA et. al, 2011).

Os resultados encontrados para pacientes na faixa etária de 91 a 115 anos de idade, com índice de taxa de mortalidade diminuída, pode ser devido ao fato, em sua maioria os pacientes nesta faixa etária acabam evoluindo ao óbito no domicílio ou em outros setores do ambiente hospitalar. Conforme estudo retrospectivo publicado por Nassiff (2019) embasado na resolução nº 2156/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM) na qual preconiza que diante de pacientes longevos em fase terminal, sem possibilidade de recuperação e que não apresentam indicação de admissão na UTI (exceto potenciais doadores de órgãos) podem ser internados em unidades de internações para cuidados paliativos, o que pode explicar a taxa de mortalidade diminuída nesta faixa etária.

Ademais, reafirmando os dados acima, nas UTI's, sobretudo em virtude da falta de leitos, prioriza-se a admissão de pacientes com maior potencial de recuperação, por consequência, acaba excluindo os que apresentam pior condição clínica. Em linhas gerais, acabam sendo pacientes com maior idade e de pior nível socioeconômico. Ainda que não exista uma ação regulamentada, essa prática é existente, mas evidenciada de forma tímida devida sua gravidade, buscando barrar as limitações logístico-estruturais e de custo do sistema assistencial (BAHIA, 2001).

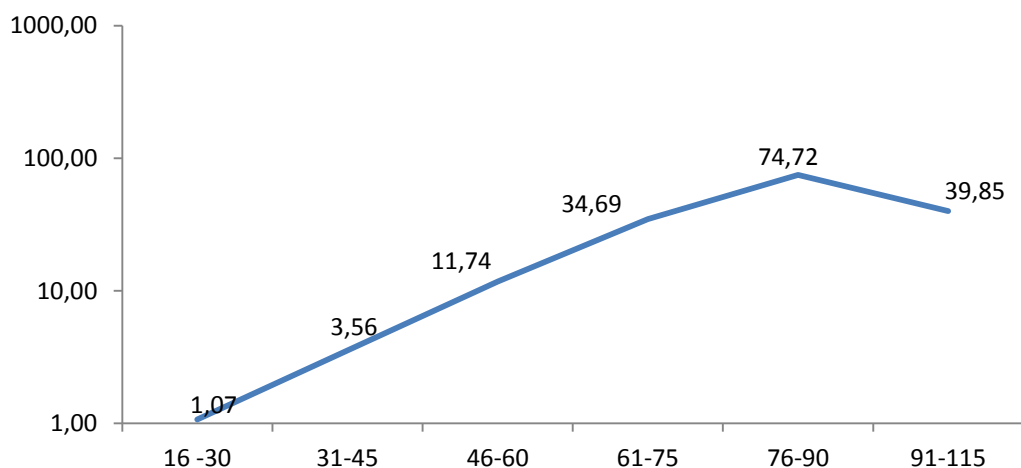


Figura 4: Taxa de mortalidade por 1.000 hab. conforme faixa etária. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

O resultado evidencia que com o aumento da idade, a população é mais suscetível ao desenvolvimento de doenças crônicas. Em um comparativo utilizando dados do DATASUS os motivos de internação frente DCNT's em 2019 com adultos-jovens na faixa etária de 18 a 30 anos, denotou que somente 1,31% do total de internações eram descritas na categoria de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, já na população idosa com 60 anos ou mais, esse valor é de 12,50% do total de internações (BRASIL, 2019).

Apesar da grande relevância do tema, há poucos estudos com resultados em nosso país frente à temática apresentada, na qual se faz necessário a obtenção de dados da mortalidade hospitalar para avaliar e monitorar a qualidade da assistência hospitalar.

No que tange aos dados apresentados na (Figura 5) pode-se perceber que as transferências para outras unidades de internação têm proporções maiores em adultos-jovens e diminuem conforme o aumento das faixas etárias. Em comparação a proporção de altas e óbitos, pode-se observar que idosos acima de 76 anos tiveram maior proporção de óbitos, na qual, a cada 100 internados 25 evoluem a óbito.

Corroborando os dados acima, um estudo transversal realizado em Teresinha/PI, com 115 idosos admitidos em uma UTI, o dado encontrado mostra um total de 61,7% de transferência para outra unidade do hospital e 38,3% de óbito (RIBEIRO et. al, 2019). Em comparação com a atual pesquisa o índice de transferências para outras unidades é maior (61-75 anos: 69%, 76-90 anos: 65% e 91-115: 62%) e o índice de óbitos é menor (61-75 anos: 13%, 76-90 anos: 21% e 91-115: 25%) que os valores supracitados. Já em outra pesquisa realizada em São Paulo por Oliveira et. al (2011) com 600 pacientes acima de 60 anos foi encontrado um total de 23,7% de óbitos, valor próximo ao do presente estudo para as faixas etárias de 76 a 115 anos de idade.

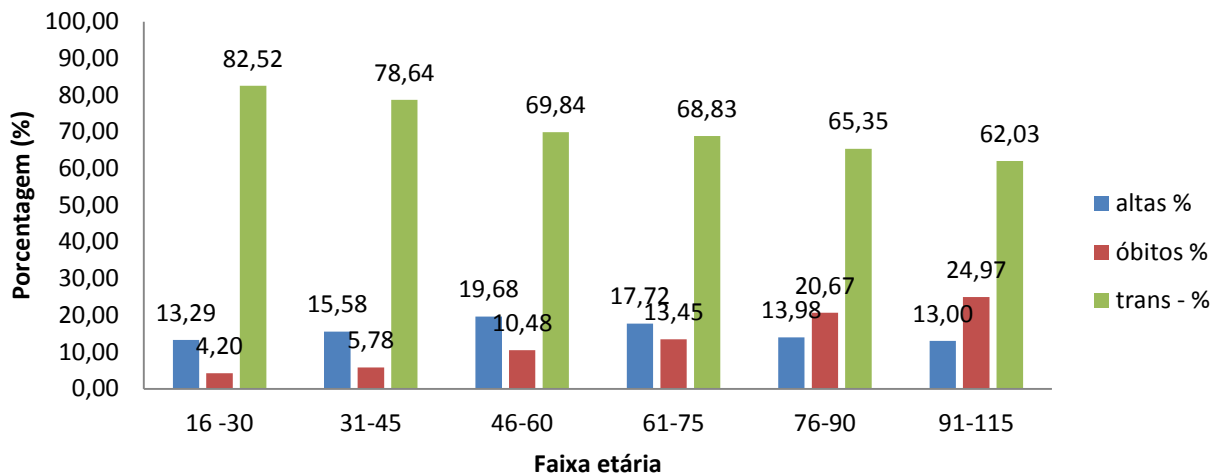


Figura 5: Proporção de altas, óbitos e transferências (-) por faixa etária. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Observa-se no estudo realizado que conforme o envelhecimento populacional há um aumento considerado de óbitos e consequentemente uma redução nos indicadores de altas. Em um comparativo com a faixa etária dos 16 a 30 anos de idade para 91 a 115 anos de idade, a uma diferença de 20,77% de óbitos no contexto de pacientes críticos na UTI (Figura 5).

Acordando com o presente estudo realizado, uma pesquisa desenvolvida com 166 municípios no estado do Rio Grande do Norte, fundamentada por Melo et. al (2017), denota por consequência do processo de envelhecimento populacional enfrentado no Brasil, tem se observado que o índice de mortalidade sofreu aumento da população de 70 anos ou mais de idade.

Os grupos de hospitalização que obtiveram maior admissão direta na UTI na referida pesquisa foram respectivamente as pessoas das faixa etária de 16 a 30 anos de idade com 64,08% e 46 a 60 anos com 61,59% (Figura 6), o que pode estar relacionado aos traumas decorrentes de causas externas que constituem o principal grupo de causas de internações em UTI da população jovem. Em consonância com a presente pesquisa, um estudo brasileiro realizado na Bahia publicado em 2017, destaca que o principal grupo de causas de internações direta na UTI na faixa de 20 a 59 anos na Bahia e no Brasil em 2010 são as causas externas e de predominância do sexo masculino (JÚNIOR et. al, 2017).

Podemos destacar a maior proporção de internações diretas na UTI está entre a população mais adulto/jovem relacionando às causas externas. O aumento

de transferências de outras unidades de internação para a UTI entre pessoas de mais idade, pois estas possuem mais condições crônicas, que geralmente complicam ou agravam de forma mais lenta.

Por diversas razões a internação hospitalar de um paciente idoso tem aspectos distintos de uma internação de um usuário jovem durante a sua passagem pelo ambiente hospitalar (LESLEY; ACKROYD-STOLARZ, 2014). Sendo pautada em uma das principais causas de internação no contexto hospitalar entre pacientes idosos está ligada à descompensação e agudização de doenças crônicas, na qual podem ser influenciadas por diversos fatores (TEIXEIRA; BASTOS; SOUZA, 2017). Para Pilger et. al (2011), as doenças crônicas de forma geral aparecem de modo simultâneo, múltiplo e de caráter silencioso, na qual pode dificultar o diagnóstico, a aderência ao tratamento e ao longo prazo evoluir para agudizações.

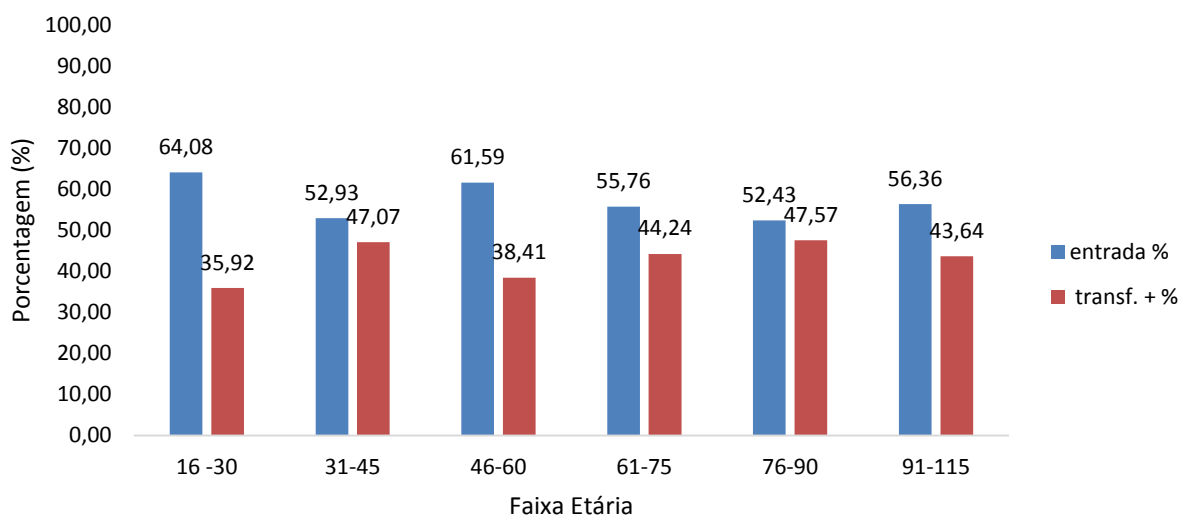


Figura 6: Proporção de admissão direta e transferências (+) de outras unidades de internação para UTI. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

No que tange à variável de sexo, no período de 2011 a 2020 foram internados cerca de 5635 pacientes (Figura7), destes a maioria do sexo masculino (n=2917).

Uma pesquisa canadense, coordenada por Garland et. al (2013) realizada entre os anos de 1999 a 2007 com pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, corroborou com os resultados apresentados, enfatizando que pacientes do sexo masculino, seja jovem, adulto e idoso, compõem os grupos com maiores taxas de internações em unidade de terapia intensiva, com quase duas internações

masculinas (1,75) para cada uma feminina. O mesmo estudo reitera que isso não demonstra maior adesão da população masculina aos serviços de saúde, mas maior exposição às causas externas, com maior propensão dos homens a acidentes de trânsito e de trabalho.

Além de maior exposição às causas externas, a população masculina de modo geral está mais exposta a fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas e procuram menos os serviços de saúde para realizar acompanhamento da saúde. Segundo uma pesquisa de base populacional, desenvolvida junto a homens com idade entre 20 e 59 anos, residentes no Município de Maringá-PR, apresentaram à prevalência de comportamentos de risco à saúde, na qual se constatou que 86,2% dos entrevistados relatou atividade física insuficiente, 44,7% praticam a automedicação, 42,3% não costumam realizar exames de rotina, 39,2% possui dieta inadequada, 36,3% não realiza atividades de lazer, 30,4% fazem uso abusivo de álcool, 24,9% situação vacinal inadequada e 19,5% tabagismo. Em consonância o consumo abusivo de álcool entre os homens constitui-se fator predisponente às doenças e agravos não transmissíveis, associados a doenças cardiovasculares e causas externas (ARRUDA; MARCON, 2018).

Um estudo transversal descritivo realizado com 97 pacientes na UTI adulto de um hospital escola do interior do Rio Grande do Sul, entre os meses de abril a outubro de 2014, publicado por Barth et. al (2017), denotou que majoritariamente o sexo masculino teve os maiores índices de internações na UTI com 52 pacientes, totalizando cerca de 75,4% dos casos internados.

Outro estudo contrapõe a presente pesquisa e os dados acima apresentados, um estudo brasileiro realizado no estado da Bahia em uma análise das internações de hospitalares de adultos entre 2000 a 2010, publicado por Júnior et. al (2017), contrariou os dados, enfatizando que o sexo feminino teve maiores índices de admissão ao comparar com o sexo masculino durante o período estudado, exceto para os grupos de internações por causas externas, transtornos mentais que tiveram domínio do sexo masculino. Os resultados tiveram como conclusão, que as mulheres obtêm mais morbidades e utilizam com maior frequência os serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

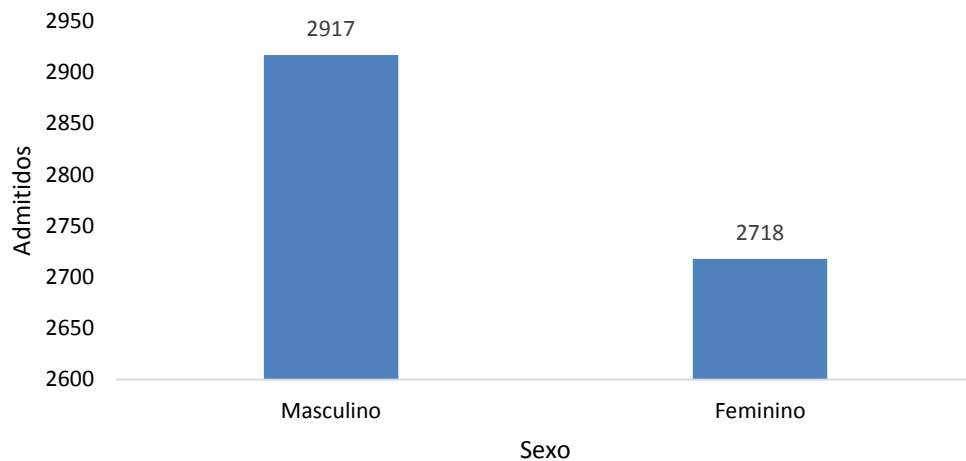


Figura 7: Proporção de internados na UTI por sexo. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Quanto aos resultados de saídas da UTI (Figura 8), o sexo masculino obteve maior número de altas em comparação com o sexo feminino, 16,43% e 14,12% respectivamente. No que tange aos resultados de óbitos o sexo feminino foi mais acometido, para cada 100 mulheres internadas, 17 vinham a óbito.

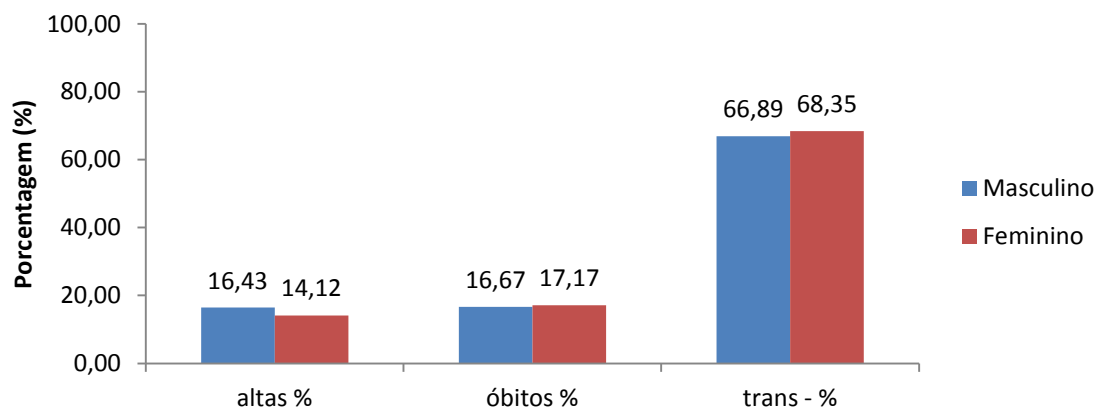


Figura 8: Proporção de altas, óbitos e transferências (-) por sexo. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Foi observado quanto à entrada direta de pacientes na UTI (Figura 9), o sexo masculino possui maiores índices de internação direta com 57,42%, já o sexo feminino 53,20%. No que diz a respeito de transferências de outras unidades para UTI, o sexo feminino teve mais predominância com 46,80%.

Para Rodriguez et. al, (2016), o sexo masculino costuma procurar os serviços de saúde em quadros mais graves da doença, na qual é reflexo da masculinidade enfrentada pelos estereótipos da sociedade. Essas evidências são verificadas em muitos países, na qual os homens são mais comumente admitidos em UTI em comparação ao sexo feminino, assim como na presente pesquisa, outros estudos corroboram os resultados desta pesquisa (SCHEIN, CESAR, 2010; FAVARIN, CAMPONOGARA, 2012; FRANÇA; ALBUQUERQUE; SANTOS, 2013; CAMUCI et al., 2014; RODRIGUEZ et al., 2016; ORBAN et al., 2017).

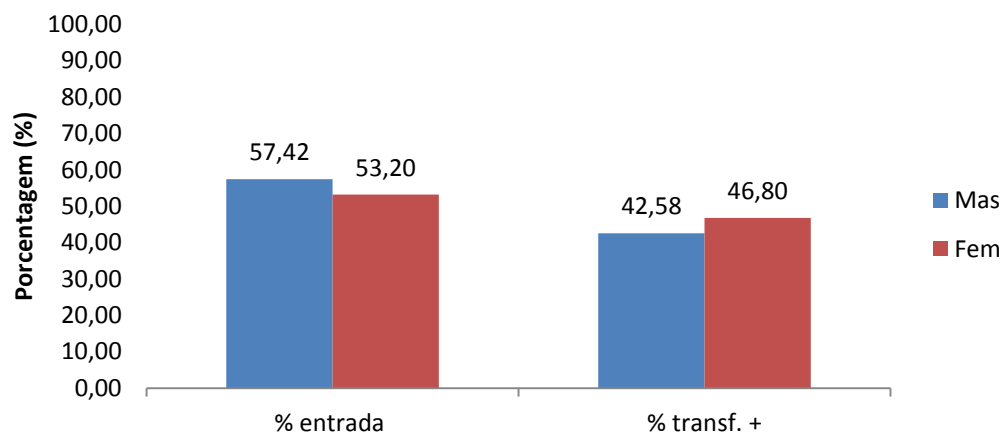


Figura 9: Proporção entrada e transferências (+) por sexo. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Nas variáveis analisadas, o estado civil apresentou predominância de admissão em casados e concubinatos, com um total de 3.448 (66,71%) pacientes internados, seguido de viúvos com 940 (18,19%) pacientes. Os demais grupos juntos (separados, divorciados e solteiros) somaram 781 (15,11%) pacientes internados, resultado no qual já era esperado conforme o perfil epidemiológico das internações (Figura 10).

Em um estudo realizado por Schein; César (2010), em um hospital universitário em Rio Grande/RS, evidenciou que 50,2% dos pacientes hospitalizados nas UTI gerais eram casados, acompanhados de 33,3% de viúvos, resultados na qual corroboram com os resultados do presente estudo. Outro estudo publicado no estado de São Paulo por Maia (2012), analisou 50 pacientes em uma UTI de um hospital público, na qual, observou-se que maioria dos clientes pesquisados (54%) eram casados. Dados esses corroboraram com a presente pesquisa.

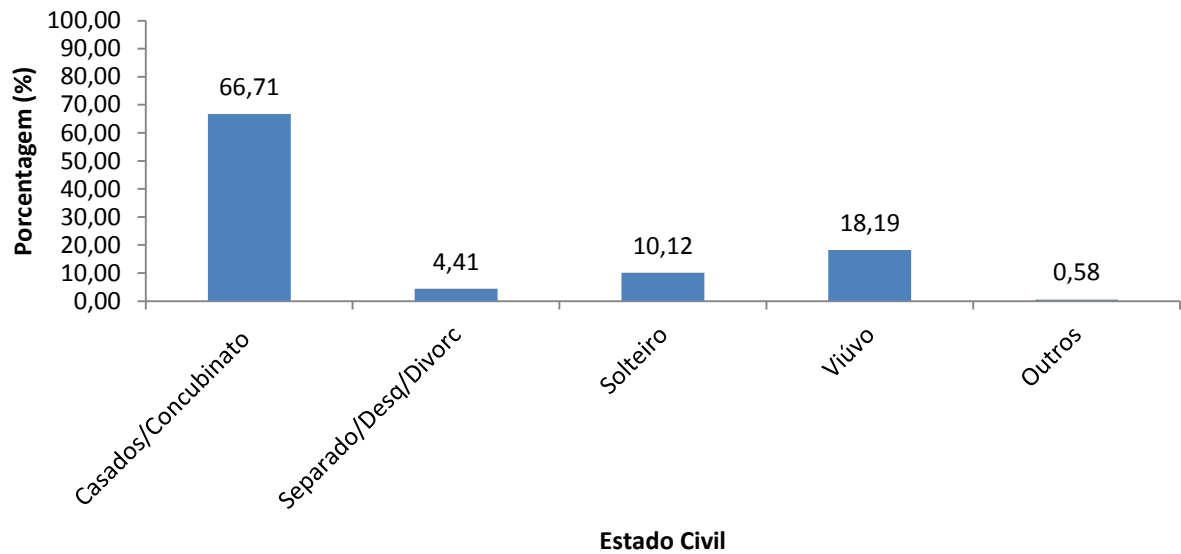


Figura 10: Proporção de admitidos na UTI por estado civil. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Na figura 11, foi observado através dos resultados, que as altas são maiores em pacientes separados e solteiros tendo 22,97% e 14,94%, respectivamente, pois se trata de uma população mais jovem. Quanto aos números de óbitos, a porcentagem de mortalidade é maior em viúvos (20,62%) e casados/concubinatos (16,97%), resultado no qual já é esperado, pois é uma parcela de pacientes com idade mais avançada.

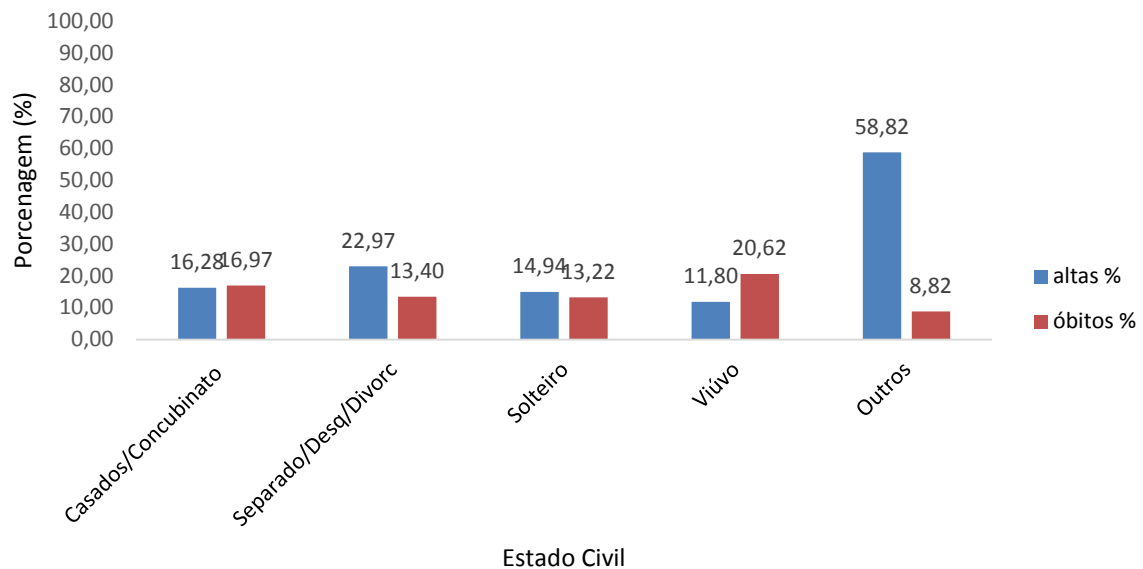


Figura 11: Proporção de altas e óbitos por estado civil. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Conforme Tabela 1 apresentada, o presente estudo observou as cidades com maior admissão de pacientes na UTI do Hospital de Caridade de Erechim (RS). O município de Erechim apresentou os maiores índices de internação, com cerca de 3.672 (65,14%) dos pacientes internados no período de estudo, seguido de Getúlio Vargas com 212 internados e demais municípios da região do Alto Uruguai gaúcho. Por se tratar de uma análise de um hospital privado e sabendo que os municípios da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde tem uma pactuação de transferências para o hospital público, os números de admissão de munícipes residentes em Erechim-RS são expressivos no presente estudo, considerando a maior quantidade de pessoas de classe média/alta residentes neste município comparado aos município de pequeno porte.

No que tange aos indicadores de altas, os municípios que tiveram maior prevalência de altas foram Aratiba com 18,89% e Campinas do Sul 18,42%. Quanto ao indicador de óbitos para cada 100 internados, o município de Jacutinga apresentou o pior desfecho tendo 28,57% de óbitos, seguido de Marcelino Ramos (23,60%) e Campinas do Sul (21,05%).

Município	Admitidos (+)	Altas (%)	Óbitos (%)	Entrada direta
Erechim	3672	15,50	16,73	55,28
Getúlio Vargas	212	13,74	18,01	60,85
Gaurama	187	13,04	18,48	54,55
Barão de Cotegipe	136	14,07	16,30	49,26
Campinas do Sul	112	18,42	21,05	62,50
Viadutos	111	11,50	19,47	57,66
Aratiba	90	18,89	14,44	54,44
Marcelino Ramos	87	13,48	23,60	55,17
Jacutinga	77	12,99	28,57	57,14
Estação	62	6,78	11,86	51,61
Outros	891	17,45	15,21	54,66

Tabela 1 – Admitidos (+), altas, óbitos e entrada direta por município. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

Conforme Tabela 3, nesta pesquisa o motivo de internação (admitidos +) mais frequente na UTI foi constituído pelo capítulo de doenças do aparelho circulatório, alcançando um total de 33,90% (N=1.888) dos pacientes, na qual a presente pesquisa ficou mais de 25% acima da proporção nacional e o dobro da média estadual e regional conforme Tabela 2, dados esses extremamente expressivos por se tratar de cenários/esferas maiores.

O segundo capítulo da CID-10 com maiores admissões foi de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório com 15,39% (N=857) dos pacientes, Tabela 3 no que tange aos índices nacional, estadual e regional, a proporção foi maior do que todas as esferas analisadas (Tabela 3).

Doenças do aparelho respiratório foi a terceira maior causa de admissão no período estudado com 12,08% (N=673) dos pacientes deste estudo conforme tabela 2. Os dados do presente estudo corroboram com os dados do estado do Rio Grande do Sul e ficou abaixo da proporção de internações da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, na qual admitiu cerca de 12,52% (Tabela 2).

Em quarto lugar com maior proporção de admissão na UTI foi para doenças do aparelho digestivo tendo 7,50% (N=418). Os dados da presente pesquisa ficaram abaixo da proporção de internações em nível nacional, estadual e regional (Tabela 2).

O capítulo CID-10 de lesões, envenenamento e algumas causas externas obteve a quinta maior proporção de admissão no período estudado com 6,62% (N=369), dados estes ficaram inferiores das proporções de nível nacional, estadual e

regional. Resultado este pode ser definido por se tratar de um hospital privado, a maioria das lesões, acidentes e demais causas externas são referenciadas para o hospital público referência para a região da 11ª CRS.

Em sexto lugar com maiores índices de admissão foi para neoplasias (tumores) 6,08% (N=339), proporção também abaixo dos índices em nível nacional, estadual e regional. Resultado esse é devido que a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE), é hospital referência em alta complexidade e no setor de oncologia e radioterapia, no qual abrange diversas regiões de saúde, incluindo a 11ª CRS, onde na sua grande maioria os tratamentos são vinculados ao SUS e o hospital mencionado.

Juntos esses seis capítulos da CID-10 somaram 81,57% das admissões totais na UTI do Hospital em estudo.

Tabela 2 – Motivo de Internação hospitalar no Brasil, RS e na 11ªCRS. DATASUS 2019.

CID-10	BRASIL	BRASIL (%)	RS	RS (%)	11 CRS	11 CRS (%)
Doenças do aparelho circulatório	1.179.365	9,68	93.572	12,17	2.144	11,56
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	216.397	1,77	9.731	1,27	652	3,51
Doenças do aparelho respiratório	1.190.950	9,77	92.155	12,00	2.323	12,52
Doenças do aparelho digestivo	1.210.427	9,93	82.368	10,72	1.700	9,16
Lesões, envenenamento e algumas causas externas	1.240.599	10,18	63.387	8,25	2.009	10,83
Neoplasias (tumores)	882.613	7,24	68.221	8,88	2.066	11,13

Por conta de sua grande relevância e amplitude nos serviços de saúde, as doenças classificadas no CID-10 por comprometimento circulatório, se classificam como um dos grandes problemas de saúde na atualidade em âmbito mundial. Observam-se nos últimos anos, inúmeros estudos na literatura que apontam os agravos por doenças do aparelho circulatório e respiratório, principalmente pelas mudanças no estilo de vida e maior exposição à poluição atmosférica nas pessoas,

de tal maneira, acabam ocasionado efeitos agudos no ser humano, tais como aumento de internações provocadas por IAM, arritmias cardíacas e asma. Em longo prazo surgem os problemas crônicos, por consequência um aumento da mortalidade por doenças respiratórias, cardíacas e cerebrovasculares (CALÍOPE et. al, 2011).

Ainda para Calíope et. al (2011), por fazerem parte de um grupo mais vulnerável, os idosos com maior frequência hospitalizam pela ocorrência de doenças crônicas neste ciclo de vida, geralmente com maior gravidade, dependendo de UTI para suprir a necessidade de cura.

Um estudo publicado por Rodriguez et. al (2016), analisando 695 pacientes admitidos na UTI de janeiro a dezembro de 2011, colaborou com os dados da presente pesquisa, afirmando que existe o predomínio de doenças do aparelho circulatório (23,3%) em admissões em UTI, seguidamente por Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (21,3%). O terceiro motivo de internação foi o grupo de neoplasias (tumores) (15,0%), seguido das doenças do aparelho respiratório (9,2%). A quinta causa relatada foi o capítulo de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório (8,1%). Juntos os cinco grupos com maior procura de internação totalizaram 76,9%, somando mais da metade das internações do grupo estudado. Dados esses, corroboram com os resultados da presente pesquisa, denotando os mesmos capítulos de causas de internações, somente com diferenças na ordem de causas (RODRIGUEZ et. al, 2016).

Em outro estudo realizado Guarapuava- PR referente ao perfil de internações no período de setembro a dezembro de 2010 denotou que as quatro doenças com maiores admissões foram do aparelho circulatório, respiratório, digestório e neoplasias (tumores), com um total de 7.069 (30,87%), 6.123 (26,73%), 1.931 (8,43%) e 1.676 (7,31%) internações, respectivamente (PILGER et. al, 2011).

Conforme demonstra em outro estudo realizado por Padilla et. al. (2012) em quatro UTI's gerais de hospitais públicos e privados no estado de São Paulo, as doenças do aparelho circulatório foram o principal motivo de internação tendo 58% das internações, quase o dobro do encontrado no presente estudo.

Na atualidade existem inúmeros estudos que mencionam que o principal motivo de internação pelos capítulos da CID-10 é diagnóstico de doenças do aparelho circulatório, mas por sua vez, ainda há escassez de trabalhos que

fomentem quais doenças dentro do grupo citado tem maior prevalência e incidência nas instituições de saúde (PADILLA et. al, 2012).

Outro estudo fomentado por Guimarães; Lima; Rodrigues (2019), na qual analisou 171 idosos, observou-se que os principais motivos de internação foram devidos a realização de cirurgias, seguido por doenças do aparelho geniturinário, circulatório, digestivo, endócrino e por fim respiratório. Este estudo contrapôs em alguns resultados encontrados na pesquisa, principalmente no que se refere ao âmbito cirúrgico, geniturinário e endócrino.

Quando analisados as admissões nas UTI que ocorreram com entrada direta (Tabela 3), ou seja, os casos que não tiveram internação em outros setores antes de entrarem na UTI podem perceber diferenças no perfil de causas. Nas entradas diretas prevalecem às internações por doenças do aparelho circulatório, seguido de Lesões, envenenamento e algumas causas externas e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Por se tratar de complicações mais graves, as doenças circulatórias geralmente provocadas por acidente vascular cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), são responsáveis pelas internações diretas na UTI pelo grau de comprometimento e risco de vida aos pacientes. Já no que tange a internações de causas externas, a admissão direta se dá pelo motivo de deterioração a saúde e evolução a óbito de forma rápida, exigindo uma assistência precoce (PADILLA et. al, 2012).

Tabela 3 – Admitidos (+), altas, óbitos e entrada direta por CID-10. Hospital de Caridade, Erechim/RS, 2021.

CID-10	Admitidos (+)	Entrada direta (%)	Altas (%)	Óbitos (%)
Doenças do aparelho circulatório	1888	71,50	10,12	13,56
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	857	48,07	16,30	18,04
Doenças do aparelho respiratório	673	49,33	10,12	24,49
Doenças do aparelho digestivo	418	43,06	13,74	19,91
Lesões, envenenamento e algumas causas externas	369	71,43	13,01	17,19
Neoplasias (tumores)	339	28,91	6,76	22,06
Doenças infecciosas e parasitárias	192	51,56	7,37	26,32
Doenças do tecido	159	25,79	12,66	15,19

osteomuscular e tecido conjuntivo				
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;	148	61,70	10,64	19,15
Doenças do aparelho geniturinário	121	46,28	15,08	21,43
Outros	527	29,90	43,68	47,89

Quando analisamos as causas de mortalidade na UTI do Hospital de Caridade (Tabela 3), verificamos que a maior frequência de óbitos foi vinculada a doenças infecciosas e parasitárias com 26,32% (N=50). Dentre estas se teve maior frequência de óbitos por septicemia não especificada (48,0%), septicemia especificada (18,0%) e outras infecções intestinais especificadas (8,0%). Analisando a categoria da CID-10 frente doenças infecciosas e parasitárias o CID A 41.9, tendo como diagnóstico: septicemia não especificada foi à doença com maior número de óbitos dentro do capítulo.

A definição de sepse na literatura é definida como uma resposta inflamatória sistêmica (SIRS), provocada por um processo ou agente infeccioso, resultando em diversas disfunções orgânicas comprometendo a saúde vital dos pacientes (SINGER ET. AL, 2016). Ela representa uma das principais causas de mortalidade em UTI, com número crescente anualmente, sendo responsável por elevação de custos do sistema de saúde (COSTA, 2019). Existem inúmeros fatores associados à maior mortalidade de pacientes com sepse, dentre elas, destacam-se as comorbidades e doenças crônicas associadas (KEMPKER; MARTIN, 2016).

Para Costa (2019), outro fator importante que está ganhando notoriedade entre pesquisadores é o aumento na expectativa de vida da população, levando ao aparecimento de doenças crônicas, fator contribuinte para um aumento da incidência de sepse nas instituições de saúde, dentre elas o setor de UTI. A relação entre as doenças crônicas e sepse se dá uma vez que a primeira reduz a imunidade e mecanismos de defesa do corpo, predispondo o paciente a infecções.

Em segundo lugar prevalecem os óbitos relacionados a doenças do aparelho respiratório com 24,49% (N=167) (Tabela 3), sendo as principais causas específicas à insuficiência respiratória aguda (29,34%), seguida de broncopneumonia não especificada (9,53%) e em terceiro e quarto lugar a pneumonia não especificada e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ambas com (7,19%).

A insuficiência respiratória aguda (IRPA) é uma patologia clínica, sendo considerada uma das manifestações mais graves do comprometimento pulmonar, sendo responsável dentro das UTIs uma doença com alta taxa de mortalidade. Apesar dos avanços no campo científico quanto à fisiopatologia, biologia molecular e tratamentos específicos, ainda é um grande problema nas instituições de saúde (CARRILLO-ESPER, 2018).

Corroborando com as afirmações acima, um estudo transversal de base populacional, incluindo 1.957 idosos (60 anos e mais) teve por objetivo destacar fatores associados e doenças respiratórias mais frequentes na população, sendo elas: bronquites (52,6%), enfisema pulmonar (15,8%), asma (12,8%), pneumonia (4,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica (2,6%) e transtornos pulmonares e respiratórios não especificados (2,4%) (FRANCISCO et. al, 2016).

As infecções bacterianas e por agentes oportunistas são causas comuns de IRPA e são também fatores associados à mortalidade hospitalar. Estudo recente realizado em São Paulo com 183 pacientes internados na UTI denotaram que a mortalidade por IRPA foi de 23,5%, sendo a pneumonia bacteriana a principal causa (SILVA et. al, 2017).

Em terceiro lugar o capítulo de causas mais prevalentes de óbitos foram as neoplasias (tumores) com um quantitativo de 22 óbitos para cada 100 internados (22,06%, n=75), conforme Tabela 3. Neoplasia maligna do encéfalo (13,33%) foi a principal causa específica dentro deste capítulo, seguido de neoplasia maligna de cólon (12,00%) e neoplasia maligna dos brônquios e pulmão (9,33%).

Estudos mostram que o tumor maligno de cérebro que representam de 1,4 a 1,8% de todos os tumores malignos no mundo. A incidência anual destes tipos de tumores varia de 10 a 17 por 100.000 hab. e a maioria dos tumores intracraniana afeta pessoas acima de 45 anos com alta taxa de mortalidade, ademais, o sexo masculino é o mais afetado em quase todos os tipos de tumores do SNC (LINS, et. al, 2021).

Apesar de não existir muitos estudos fundamentados sobre causas específicas para o desenvolvimento de tumores cerebrais/SNC, dados ofertados da American Cancer Society (2020) a exposição às radiações ionizantes, histórico familiar e doenças do sistema imunológico são fatores que contribuem para o desenvolvimento do câncer cerebral.

Em quarto lugar com maiores índices de óbito foi designado a doenças do aparelho geniturinário com 21,43% (N=27) (Tabela 3), dentre elas, as mais prevalentes foram a Insuficiência renal aguda (33,33%) e Insuficiência renal crônica não especificada (18,52%).

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é definida como a perda súbita da função renal e diminuição do ritmo de filtração glomerular e/ou do volume urinário, resultando na incapacidade de filtrar e excretar os metabólitos do organismo e dificultar na manutenção da homeostase de líquidos e eletrólitos corporal (Sociedade Brasileira de Nefrologia,2015). Muito comum em âmbito hospitalar, sendo mais notória na UTI, a IRA é uma complicação bastante comum e a sua incidência vai de acordo o grau de comprometimento e a clínica de cada, acometendo 20 a 40% dos pacientes hospitalizados (SANTOS; MARINHO, 2013). Estudos promovidos pela National Kidney Foundation analisou que a insuficiência renal aguda está fortemente relacionada ao aumento de 10 a 15 vezes da morbimortalidade, o que acarreta aumento considerável de recursos terapêuticos, dentre eles na UTI (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002).

Um estudo brasileiro fundamentado por Guedes (2017) analisou 114 prontuários de pacientes internados em UTI, destes, 44,7% desenvolveram IRA. Valor este um pouco acima dos resultados apresentados na presente pesquisa. Em uma análise específica considerando somente os pacientes que desenvolveram IRA, foi observado que a predominância foi do sexo masculino e idoso, com elevado absenteísmo de tabagismo e etilismo. No que se referem à mortalidade, os pacientes admitidos na UTI e apresentou comprometimento de IRA, apresentou índices significantes de mortalidade, constituindo um fator negativo de prognóstico (GUEDES et. al, 2017).

E o quinto lugar motivo de óbitos foram às doenças do aparelho digestivo com 19,91% (n=84) conforme Tabela 3, divididos em Hemorragia Gastrointestinal (16,67%), seguidamente com cirrose hepática não especificada (8,33%) e diarreia funcional (4,76%).

A hemorragia digestiva aguda é baseada pela exteriorização de sangue por hematêmese, melena ou enterorragia. Juntas somam causas frequentes de admissão hospitalar e em casos mais graves na UTI. Comumente, a hemorragia digestiva alta (HDA) é intitulada de hematêmese e caracterizada por um

sangramento gastrointestinal. Por se tratar de uma complicação grave a taxa de morbimortalidade que pode chegar de 10 a 13% (FBG, 2008).

Em um estudo publicado em 2017 no estado de Santa Catarina com amostra de 125 pacientes admitidos no hospital com hemorragia gastrointestinal, mostrou que a taxa de mortalidade foi de 41%, denotando um grande problema dentro do sistema hospitalar (LUZ et. al, 2017).

Entretanto, considerando a ordem de classificação das causas específicas de óbitos deste estudo, sem considerar o capítulo da CID-10, vale destacar que entre as principais causas específicas estão aquelas do aparelho circulatório. As principais causas específicas foram o Acidente Vascular Cerebral (AVC) não especificado como hemorrágico ou isquêmico (CID I64= 8,40%), sendo a principal causa de óbito na UTI e o Infarto Agudo do Miocárdio não especificado (CID I 21.9 = 2,63%) foi a quinta causa de óbito mais prevalente na UTI neste presente estudo.

Segundo a American Stroke Association, o AVC é definido por um déficit neurológico súbito, proveniente de uma lesão focal de origem vascular. A classificação pode ser por meio de AVC isquêmico, com origem trombótica, embolia ou hipoperfusão sistêmica, ou hemorrágico por consequência de uma hemorragia intracerebral (HIC) ou hemorragia subaracnóidea (HAS). Cerca de 80% dos AVC's são de origem isquêmico e os demais 20% de origem hemorrágico.

Em algumas regiões do Brasil, ainda se caracteriza como uma das principais causas de mortes. Sabemos que à medida que as pessoas envelhecem e a expectativa de vida aumenta, a incidência e prevalência de AVC tendem aumentar significativamente, na qual é reflexo do envelhecimento humano e seus hábitos de vida. Um estudo realizado em Cascavel/PR com 65 pacientes mostrou que a taxa de mortalidade em pacientes admitidos com AVC era de 23,07%, tendo comorbidades associadas como Hipertensão Sistêmica Arterial (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Fibrilação arterial e dislipidemia (NOGUEIRA et. al, 2021).

Um estudo publicado por Araújo et. al, (2018), também observou a predominância de óbitos por AVC nas instituições hospitalares, representando 15,40% do total de óbitos, sendo mais prevalente no sexo masculino. Dados esses superiores aos da presente pesquisa. Outro estudo analisou a taxa de mortalidade mundial, na qual ela varia de 16 a 23%, colocando como uma das principais causas de mortalidade mundial (EDWARDSON KASNER, DASHER, 2021).

Ao buscar na literatura estudos sobre mortalidade na UTI, encontramos artigos que divergiram com os resultados da pesquisa, quando analisados por capítulo da CID-10. Um estudo realizado no norte do país evidenciou que as principais causas de óbitos dos 26.347 óbitos analisados, foram doenças do aparelho circulatório (29,8%), respiratório (15,0%) e neoplasias (12,9%) (RIBEIRO, et. al, 2020). Outro estudo brasileiro referente a maiores índices de óbitos denotou que doenças do aparelho circulatório (24,6%) lideram a lista, ao comparar com o presente estudo estes números são quase o dobro. Outro estudo fomentado por Oliveira; Medeiros; Lima, (2015), mostrou que os capítulos com maiores taxas de mortalidade são doenças do aparelho circulatório (32,76%), seguido de neoplasia (tumores) (22,90%) e doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (10,14%). Em comparação com a presente pesquisa na qual a maior causa de óbitos se trata do capítulo de doenças infecciosas, parasitárias tendo uma proporção de 26,32%, a pesquisa de Oliveira; Medeiros; Lima teve uma proporção apenas 3,35%, valores muito abaixo da presente pesquisa.

Ao analisar as altas da UTI, os capítulos que obtiveram melhor evolução clínica dos pacientes no período de 2010 a 2020, foram Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório com 16,30% (N= 140), seguido de doenças do aparelho geniturinário com 15,08% (N= 19), em terceiro lugar para o capítulo de doenças do aparelho digestivo com 13,74% (N= 58) e em quarto lugar doenças do tecido osteomuscular e tecido conjuntivo com 12,66% (N= 20). Este perfil está relacionado provavelmente ao fato de que estas causas, em sua maioria, não são crônicas o que facilita o tratamento, reabilitação e melhor prognóstico.

8. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico da UTI evidenciou que entre o total de admitidos de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2020, a maioria são idosos (≥ 60 anos), do sexo masculino, casados/concubinatos. Das informações analisadas a taxa de mortalidade aumentou conforme o aumento da idade da população até os 90 anos de idade.

Pode-se perceber que as transferências para outras unidades de internação têm proporções maiores em adultos-jovens e diminuem conforme o aumento das

faixas etárias. No que tange as internações diretas na UTI, a maior proporção está entre a população mais adulto/jovem relacionando às causas externas (e outros) e aumento de transferências de outras unidades de internação para a UTI entre pessoas com idade avançada, pois estas possuem condições crônicas, que geralmente complicam ou agravam de forma lenta.

O sexo masculino obteve o maior número de altas em comparação com o sexo feminino, sendo maiores em pacientes solteiros e separados, pois se trata de uma população mais jovem. E em comparativo das altas, a maior porcentagem de mortalidade foi maior em viúvos.

O município de Erechim apresentou os maiores índices de internação e no que tange aos indicadores de altas, os municípios que tiveram resultados positivos foram Aratiba e Campinas do Sul.

Referente aos capítulos da CID-10 que obtiveram maiores admissões no período de 10 anos, foram doenças do aparelho circulatório, seguido de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, lesões, envenenamento e algumas causas externas e neoplasias (tumores). Já as admissões diretas ocorreram principalmente por doenças do aparelho circulatório, seguido de Lesões, envenenamento e algumas causas externas e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Quanto a variável de óbito, os capítulos da CID-10 com maior proporção de óbitos no período estudado foram doenças infecciosas e parasitárias, dentre elas a sepse não especificada tendo mais proporção dentro do grupo, seguido de doenças do aparelho respiratório, em terceiro lugar neoplasias (tumores), a quarta causa de doenças com maior proporção de óbitos foi voltada ao aparelho geniturinário, seguido por doenças do aparelho digestivo.

Entretanto, considerando a ordem de classificação das causas específicas de óbitos deste estudo, sem considerar o capítulo da CID-10, vale destacar que entre as principais causas específicas estão aquelas do aparelho circulatório. As principais causas específicas foram o Acidente Vascular Cerebral (AVC) não especificado como hemorrágico ou isquêmico, sendo a principal causa de óbito na UTI e o Infarto Agudo do Miocárdio não especificado foi a quinta causa de óbito mais prevalente na UTI neste presente estudo.

No que tange a variável de altas, os capítulos que obtiveram melhor evolução clínica dos pacientes no período de 2010 a 2020, foi sinais, Sintomas, sinais e achado anormais de exames clínicos e de laboratório seguido de doenças do aparelho geniturinário e em terceiro lugar para o capítulo de doenças do aparelho digestivo.

Conhecer o perfil epidemiológico de saúde da população assistida na UTI é muito importante, pois assim é possível traçar um melhor planejamento, operacionalização dos serviços de saúde e formulação de protocolos assistenciais para prestar um atendimento qualificado ao tipo de população predominante. A partir do conhecimento desses dados, gestores de saúde, equipe de enfermagem e demais membros da equipe podem traçar estratégias e preparar-se melhor enquanto profissionais, promover educação permanente as equipes de saúde com objetivos focados, promovendo a atualização do profissional a fim de proporcionar uma assistência adequada e de qualidade aos pacientes assistidos, ademais, auxiliar na fomentação de políticas públicas de saúde. Este estudo é de grande importância para contribuição da literatura científica, na qual é escassa acerca desta temática, principalmente no Estado do Rio Grande do Sul.

O presente estudo apresentou limitações que serão apresentadas a seguir. Não foi possível analisar algumas informações como, por exemplo, a variável raça/cor, pois a mesma está disponível estratificada por mês e possui muitos dados como “não informado”. Desta forma, fica a importância do preenchimento correto e de todos os dados cadastrais no momento da admissão do paciente para ter maior assertividade em estudos relacionados ao perfil epidemiológico.

Não foi possível inserir os dados em um programa estatístico para proceder com as análises uma vez que os dados não são disponibilizados por indivíduo/sujeito, mas se encontram segregados em diferentes planilhas por variáveis e já se encontram somados, e neste caso foi necessário proceder com a análise de forma manual em planilha Excel. Além disso, estes dados representam o perfil de internações na UTI de somente um hospital do município, portanto, não podemos afirmar que representam o perfil de internações de UTI da região.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN CANCER SOCIETY. Risk Factors for Brain and Spinal Cord Tumors. **ACS**. 2020. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8568.00.pdf> Acesso em: 26 nov. 2021.

AMIB. **Censo AMIB - 2016**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) São Paulo, 2016. 98 slides, color. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/marco/19/Analise_de_Dados_UTI_Final.pdf. Acesso em: 25 maio 2021

ALBUQUERQUE, JM; SILVA, RFA; SOUZA, RFF. Perfil epidemiológico e seguimento após alta de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 1-9, 29 ago. 2017. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50609>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50609/pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

AMIB. **Florence Nightingale e a História da Medicina Intensiva**. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Olímpia, SP. 2019. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/florence-nightingale-e-a-historia-da-medicina-intensiva/> Acesso em: 26 maio 2021.

ARAÚJO JP et, al. Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. **International Journal of Cardiovascular Sciences**. 2018;31(1)56-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijcs/a/k9nXmcKfW7WSwvtYP8rWsbf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ARRUDA, GO; MARCON, SS. Comportamentos de riscos à saúde de homens da região sul do brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2018, v. 27, n. 2, e2640014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002640014>. Epub 03 Maio 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002640014>. Acesso em: 25 nov 2021.

ASSIS. LGR et al. Avaliação da mortalidade de uma UTI de Sergipe segundo escore fisiológico agudo simplificado 3 (SAPS 3). **Journal of Epidemiology and Infection Control**, [S.l.], v. 10, n. 1, june 2020. ISSN 2238-3360. doi: <https://doi.org/10.17058/jeic.v1i1.13939>. Acesso em: 19 julho 2021.

AZEVEDO, AP et al. Fatores que interferem no desempenho da utilização de leitos de unidade de terapia intensiva(UTI). **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 7421-7438, 2020. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n4-016>. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12698/10656>. Acesso em: 23 maio 2021.

BAGSHAW SM et. al. Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. **Crit Care**. 2009;13(2):R45.

BAHIA L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciênc Saúde Coletiva** 2001; 6: 329-39

BARTH, AA et. al. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2016;28(3):323-329. DOI: DOI: 10.5935/0103-507X.20160055

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS Nº 3.432.**, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html. Acesso em: 24 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 7., 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html . Acesso em: 24 maio 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 11 outubro 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - **DATASUS**. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 895, De 31 De Março De 2017.** [S.I.: s.n.]. 2017. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html. Acesso em: 23 junho 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução **Resolução Nº 2.271, De 14 De Fevereiro De 2020.** [S.I.: s.n.]. 2020. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068> . Acesso em: 27 maio 2021.

FRANCISCO, PMSB et al. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 40, n. 3, pp. 428-435. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300010>>. Epub 16 Ago 2016. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300010>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação**. 2010 3 ed. 108 p. 12.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica** - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010. ISBN 978-85-7288-839-4

CALÍOPE, P., et al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **R. Enferm. Ufsm** v.1, n.3, p.394-402, 2011.

CAMPO, FCC; CANABRAVA, CM. O Brasil na UTI: aten o hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em debate**. Belo Horizonte/ MG. 2021. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1368. Acesso em: 22 outubro 2021.

CAMUCI, MB, et. al. Caracteriza o epidemiológica de pacientes adultos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de 18 queimados. **Cogitare Enferm.**, v. 19, p. 78-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35961/22170> . Acesso em: 03 novembro 2021.

CARRILLO-ESPER, Raúl et al. Evolución de la definición del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. **Medicina interna de México**, v. 34, n. 4, p. 594-600, 2018.

CARVALHO GA et al. Uso do escore APACHE IV como preditor de mortalidade e tempo de permanência em uma unidade de terapia intensiva . **Revista Pesquisa Fisioterapia** 2020;10(1):9-15. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i1.2606. Acesso em: 19 julho 2021.

CASTRO, RR *et al.* Perfil das Interna es em Unidades de Terapia Intensiva Adulto na Cidade de Anápolis – Goiás – 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 115-124, 1 dez. 2016. University Nove de Julho. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v5i2.243>.

CHAVES, LDP; TANAKA, OY. O enfermeiro e a avalia o na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2012, v. 46, n. 5, pp. 1274-1278. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500033>>. Acesso em: 18 julho 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolu o n  2.152, de novembro de 2016. Estabelece critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>>. Acesso em: 25 outubro 2021.

COSTA, RA et al. Mortalidade de pacientes admitidos por sepse em uma UTI geral de um hospital de alta complexidade. **ACM arq. catarin. med**;47(4): 15-28, out.-dez. 2019. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/326>. Acesso em: 19 julho 2021.

CRUZ, YV. et al. Perfil de morbimortalidade da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Journal Health NPEPS**;4(2): 230-239, jul.-dez. 2019.

Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3710> .
Acesso em: 19 julho 2021.

DUARTE, PAD et al. Pacientes com infecção por vírus A (H1N1) admitidos em unidades de terapia intensiva do Estado do Paraná, Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** [online]. 2009, v. 21, n. 3p. 231-236. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300001>>. Acesso em: 17 julho 2021.

EDWARDSON, MA; KASNER SE; DASHE, JF. Visão geral do prognóstico de AVC isquêmico em adultos. *Medscape*. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-ischemic-stroke-prognosis-in-adults>. Acesso em: 20 nov. 2021.

EINSTEIN. Indicadores de Processos Assistenciais. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira**, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/qualidade-seguranca/indicadores-processos-assistenciais/infecoes-relacionadas-assistencia-saude>. Acesso em: 28 maio 2021.

EL-FAKHOURI, S *et al.* Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 62, n. 3, p. 248-254, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.248>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jramb/a/S6nR9FDGxXX9jFx9X5vCZHJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 19 jul. 2021.

FRANÇA, CDM; ALBUQUERQUE, PR; SANTOS, ACBC. Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Interscientia**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 72-82, ago. 2013.

FAVARIN, S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev. Enferm. UFSM**; 2(2):320-329; 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178/3913> . Acesso em: 03/11/2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA (FBG). Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: Hemorragias Digestivas. 2008. Disponível em: http://www.cidmed.com.br/pdf/hemorragia_digestiva.pdf . Acesso em: 20 nov. 2021.

FELICIANO, VA *et al.* A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **Assobrafir Ciência**, [s. l], p. 31-42, ago. 2012. Disponível em: <https://www.assobrafirciencia.org/article/5de125150e8825d94d4ce1d8> . Acesso em: 23 junho 2021.

FERREIRA, JM. **Incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central e os cuidados de enfermagem na unidade de terapia intensiva do hospital regional dr. Homero de miranda gomes**. Palhoça: Unisul, 2017. p. 3-39. Disponível em:

<https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/2200/TCC%20%20jessica%2027.06.17%20%28final%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 maio 2021.

FERREIRA, GRON et al. Perfil epidemiológico de infecções relacionadas à saúde em uma unidade de terapia intensiva adulta em um hospital materno e de referência no Pará. **Jornal de Epidemiologia e Controle de Infecção**, [SI], v. 9, n. 4 de fevereiro. 2020. ISSN 2238-3360. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12482> >. Acesso em: 19 julho 2021.

FERREIRA, MD et al. Predictors of mortality among intensive care unit patients coinfecting with tuberculosis and HIV. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.L.], v. 44, n. 2, p. 118-124, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562017000000316>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/NyZpxj9NTYHzb9qJtVDz4ZJ/?lang=en>. Acesso em: 19 jul. 2021.

GARCIA, CTF et. al. Indicadores de uma Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital de Grande Porte do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. *Ciência Alimentando o Brasil*, 2016. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/6917/5684>. Acesso em: 25 maio 2021.

GARLAND, A., et al. Epidemiologia de pacientes críticos em unidades de terapia intensiva: um estudo observacional de base populacional. *Crit Care* **17**, R212 (2013). <https://doi.org/10.1186/cc13026>

GIACOMINI, MG., LOPES, M. V. C. A., GANDOLFI, J. V., & LOBO, S. M. A. (2015). Septic shock: a major cause of hospital death after intensive care unit discharge. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, 27(1), 51-56.

GUEDES, JR et. al. Incidência e fatores predisponentes de insuficiência renal aguda em Unidade de Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem** [en linea]. 2017, 22 (2). ISSN: 1414-8536. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483654815021>. Acesso em: 20 nov. 2021.

GUIA, CM et al. Epidemiological profile and predictors of mortality in an intensive care unit in a general hospital in Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde.**, São Paulo, v. 2, n. 26, p. 9-19, set. 2015. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/156/56>. Acesso em: 26 maio 2021.

GUIMARÃES, CMC; LIMA, RRC; RODRIGUES, AF. Causas de internações hospitalares em idosos. CIEH Envelhecimento Humano. 2019. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD1_SA1_ID3343_11062019103811.pdf. Acesso em: 14 de novembro 2021.

HAYMAN WR, et. al. Cost comparison of mechanically ventilated patients across the age spa n. *J Perinatol.* 2015;35(12):1020

JÚNIOR, RQS *et al.* SAÚDE DO HOMEM NA BAHIA: a internação hospitalar de adultos nos anos 2000 e 2010. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 139-157, 30 out. 2017. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1630>.

KEMPKER JA, MARTIN GS. The changing epidemiology and definitions of sepsis. **Clin Chest med.** 2016. Jun; 37 (2): 165-79. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27229635/> . Acesso em: 15 de novembro 2021.

LANETZKI, C.S.L. *et al.* O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein**. v.10, n.1, p. 16- 21, 2012. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1980-16-21_port.pdf Acesso em: 23 maio 2021.

LESLEY, P., ACKROYD-STOLARZ S. Emergency department utilization by older adults: a descriptive study. **Can Geriatr J.**, v.17, n.4, p.118-25, 2014.

LILIENFELD AM, LILIENFELD DE. **Foundations of epidemiology**. New York: University Press; 1980.

MEDEIROS, ABA; ENDERS, BC; LIRA, ALBC. The Florence Nightingale's Environmental Theory: a critical analysis. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 518-524, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0518.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

LINS, LC. *et al.* Prevalência de neoplasia maligna do encéfalo na Bahia: uma abordagem epidemiológica. **Neurociência Clínica e Experimental**. v. 1 n. 1 2021. Disponível em: <https://portaleventos.uuffs.edu.br/index.php/SIMPNEURO/article/view/14536> . Acesso em: 20 novembro 2021.

LUZ, HLJ, *et al.* Fatores prognósticos e mortalidade em pacientes cirróticos que foram internados com Hemorragia Digestiva alta varicosa em um hospital público. **Arq. Catarin Med.** 2017 jan-mar; 46(1): 97-106. Disponível em: <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/256>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MAIA, LFS. Infarto agudo do miocárdio: o perfil de pacientes atendidos na UTI de um hospital público de São Paulo. São Paulo: **Revista Recien**. 2012; 1(4) 10-15. Disponível em: <https://1library.org/document/ynlmgxkq-infarto-agudo-miocardio-pacientes-atendidos-hospital-publico-paulo.html> . Acesso em: 20 nov. 2021.

MELO, LA *et al.* Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 493-501, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>.

MEDEIROS, ARP de *et al.* A epidemiologia como referencial teórico-metodológico no processo de trabalho do enfermeiro. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 6, n. 46, p. 1519-1523, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/t4ns85c5Dn4YzrJKfXRcTCL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MICHELIN, AF; FONSECA, MRCC. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva de um hospital terciário. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 5, n. 21, p. 2037-2041, fev. 2018. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/236-Janeiro2018/perfil_epidemiologico_das_infecoes_hospitalares.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

MOREIRA, RS. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 5, p. 1-12, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00080020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NPz56K7Zys3fFDZdWHdcYWn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

NASSIFF, A. Avaliação da demanda por leitos de Unidade de Terapia Intensiva por classificação do paciente segundo critério de prioridades: diagnóstico situacional. USP. 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-20112019-161526/publico/ALINENASSIFF.pdf>. Acesso em: 25 outubro 2021.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis.** 2002;39(2 Suppl 1) Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11904577>. Acesso em: 20 nov. 2021.

NOGUEIRA GG et, al. Avaliação da influência de marcadores inflamatórios na mortalidade de pacientes com AVC isquêmico. **Rev. Bras. Neurol.** (57)3: 5- 10; 2021. Disponível em: <http://neuro.org.br/site/wp-content/uploads/2021/11/RBN-573-SETEMBRO-5-10.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

NORONHA, KVMS *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>>. Acesso em: 17 julho 2021.

OUCHI, JD *et al.* O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DIANTE DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 10, n. 1, p. 412-428, ago. 2018. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_P APEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf. Acesso em: 23 maio 2021.

OLIVEIRA, VCR et. al. Evolução clínica de adultos, idosos e muito idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(6):[08 telas]

nov.-dez. 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/VrT3WhTKZ7vM3fHgcJPdTBR/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 25 out. 2021.

OLIVEIRA, TC; MEDEIROS, WR; LIMA, KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015; 18(1):85-94. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/rtYCbvNdKtH8DkpQDpDDSLB/?lang=pt&format=pdf>.
 Acesso em: 20 nov. 2021.

ORBAN, JC et al. Causes and Characteristics of Death in Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study. **Anesthesiology** 5, v. 126, p. 882-889, 2017. Disponível em:
<https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/126/5/882/19921/Causes-and-Characteristics-of-Death-in-Intensive> . Acesso em: 03 novembro 2021.

PADILLA KG et. al. Patient's organ dysfunction in the intensive care unit according to the Logistic Organ Dysfunction System. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2009[cited 2012 Apr 10];43(spe2):1250-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a18v43s2.pdf. Acesso em: 14 de novembro 2021..

PILGER C., et. al. Causas de internação hospitalar de idosos residentes de um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. REUSFM. Rev. De Enfermagem da UFSM. 2011 Set/Dez;1(3):394-402.

PINHEIRO KHE et al. Fatores de risco e mortalidade dos pacientes com sepse, lesão renal aguda séptica e não séptica na UTI. **J. Brasileira Nefrologia**. 41 (4) • Oct-Dec 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbn/a/Zx6yRFZDyFWGMFrnvpQLXvC/?lang=pt>. Acesso em: 19 julho 2021.

PONTE, FR *et al.* Vítimas de traumatismo cranioencefálico: perfil epidemiológico em uma unidade de terapia intensiva. **Revista enfermagem UFPE on line.**, Recife, 11(5):1826-34, maio., 2017. Disponível em:
[https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23329/18922#:~:text=Resultados%3A%20mostraram%20que%20a%20maioria,em%20\(39%2C%25\)](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23329/18922#:~:text=Resultados%3A%20mostraram%20que%20a%20maioria,em%20(39%2C%25).). Acesso em: 19 julho 2021.

RIBEIRO, GR; CARDOSO, SOS. A Excelência na qualidade hospitalar: Um enfoque na acreditação ONA. **Revista Processando o Saber**. Praia Grande, São Paulo. V. 9 . 2017. Disponível em:
<https://www.fatecpg.edu.br/revista/index.php/ps/article/view/61> . Acesso em: 12 jul. 2021.

RIBEIRO, TS et al. Tendência temporal da mortalidade em idosos em municípios no estado do Acre. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online]. 2020, v. 23, n. 3 [Acessado 15 Novembro 2021] , e200018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200018>>. Epub 08 Jan 2021. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200018>.

RODRIGUEZ, AH, et. al. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet], v. 69, n. 2, p. 210-214, 2016.

ROQUE, KE; TONINI, T; MELO, ECP. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 10, p. 1-15, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00081815>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gRPVFgkZYGRds5LnSmXqrsx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SANTOS ES, MARINHO CMS. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. **Rev. Enf. Ref.** [Internet] 2013;3(9) Disponível:<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1272>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SCHEIN, LEC; CESAR, JA. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 2, p. 289-301, 2010.

SILVA AFS et al. Two variants of the Nutritional Risk in the Critically Ill Score as predictors of mortality in Intensive Care Unit patients at a Brazilian University Hospital. **Revista Nutr.** 2020;33e190031. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-9865202033e190031>. Acesso em: 19 julho 2021.

SILVA, JB et al. Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista Enfermagem.** 2018; 31(1):39-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/96rF48P7CYpzvC8pPWqRvWF/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 26 maio 2021.

SILVA, RM et al. Factors associated with hospital mortality in renal transplant patients admitted to the intensive care unit with acute respiratory failure. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** [online]. 2017, v. 39, n. 4 pp. 433-440. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170076>>. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170076>. Acesso em: 18 novembro 2021.

SINGER N, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA.** 2016 Feb.;315(8):801-10.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Hernandez F. Minidicionário do Paciente Renal. [Internet] São Paulo; 2015]. Disponível: http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/Mini_dicio_terapia_substitutiva.pdf. Acesso em 20 nov 2021.

TALIZIN, TB et al. Fatores de risco para mortalidade em idosos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital público. **Geriatric Gerontology Aging** (Impr.);13(2): 69-74, abr-jun.2019. tab. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/aop1900021.pdf> . Acesso em: 19 julho 2021.

TEIXEIRA, J.J.M.; BASTOS, G.C.F.C.; SOUZA, A.C.L. Perfil de internação de idosos. **Rev Soc Bras Clin Med. Goiânia**, v.15, n.1, p.15-20, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de Autorização da Instituição

Eu Éder Spitzca, abaixo assinado, responsável pelo Hospital de Caridade de Erechim, autorizo a realização do estudo **“Perfil epidemiológico das internações nas Unidades de Terapia Intensiva de um município da região norte do Rio Grande do Sul”**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: os participantes da pesquisa serão pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI Adulto) do hospital supracitado, dos quais serão fornecidos apenas informações cadastrais, sem identificação dos pacientes e familiares.

A coleta de dados acontecerá entre os meses de agosto e setembro, na qual os participantes da pesquisa serão todos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva da instituição, no período de janeiro 2011 a dezembro de 2020. A pesquisa será fundamentada e analisada através da obtenção de dados secundários cadastrais fornecido pela instituição hospitalar supracitada, na qual estão cientes que os dados repassados ao pesquisador serão sem identificação dos pacientes mantendo sigilo e a confidencialidade dos mesmos, bem como, presando pela sua dignidade.

Neste estudo não será utilizado um instrumento de coleta dados. Serão analisadas todas as informações cedidas pela instituição referente ao perfil epidemiológico da unidade de internação, analisando as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, cor/etnia, filhos (se sim, quantos), município da residência, motivo da internação (CID-10), tempo médio de internação, transferência antes ou após a internação para outros setores hospitalares e dados referentes a evolução clínica (alta, transferência de unidade ou setor e óbitos).

Em seguida precedera-se nos meses de outubro a dezembro de 2021 com a organização do banco de dados, codificação das variáveis, com posterior análise e interpretação dos dados.

Ao participar da pesquisa os benefícios para o participante, são indiretos sendo que estará contribuindo com informações que poderão gerar evidências a respeito dos dados referentes ao perfil epidemiológico da região da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, na qual estarão à disposição para futuros estudos e desenvolvimento de ações para melhoria da gestão e da assistência a esta população. Para comunidade acadêmica os dados permitirão conhecer de forma mais detalhada o perfil dos pacientes atendidos em campo de prática, permitindo que o cuidado prestado seja de qualidade e respaldado pelo conhecimento técnico- científico.

De maneira mais ampla a comunidade em geral se beneficiara por meio da melhoria na assistência, com possibilidade de condutas assistenciais focadas na diminuição no tempo de internação, redução de infecções hospitalares e fomentação de educação continuada em saúde para profissionais da saúde, visando uma assistência digna e qualificada.

A análise dos dados será realizada por meio de estatística descritiva das variáveis. As variáveis quantitativas (numéricas e contínuas) serão descritas com uso de médias e desvio padrão. As variáveis qualitativas (nominais e ordinais) serão descritas por meio de proporção e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%).

Para as análises de associação será utilizado teste qui-quadrado ou teste de Fisher (para amostras pequenas) para comparar dois grupos de duas variáveis categóricas independentes; e teste t para comparação de grupos em variáveis numéricas. E por fim, para as análises será utilizado o Programa Estatístico Stata 14.

Ademais, autorizo a utilização das dependências do hospital para a realização de coleta de dados juntamente com a administração e conversa com a Enfermeira gestora referente a dúvidas quanto aos dados cadastrais.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de

suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 20.....

Éder Spitzca
Administrador

Lista Nominal de Pesquisadores: Curso de Graduação em Enfermagem da URI
Erechim

Cristian Felipe Fantin Zin - Acadêmico de Enfermagem Pesquisador

Marciane Kessler – Pesquisadora Orientadora

APÊNDICE I - Termo de Autorização da Instituição

Eu Rafael Martins Ayub, abaixo assinado, responsável pela Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, autorizo a realização do estudo **“Perfil epidemiológico das internações nas Unidades de Terapia Intensiva de um município da região norte do Rio Grande do Sul”**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: os participantes da pesquisa serão pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI Adulto) do hospital supracitado, dos quais serão fornecidas apenas informações cadastrais, sem identificação dos pacientes e familiares.

A coleta de dados acontecerá entre os meses de agosto e setembro, na qual os participantes da pesquisa serão todos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva da instituição, no período de janeiro 2011 a dezembro de 2020. A pesquisa será fundamentada e analisada através da obtenção de dados secundários cadastrais fornecido pela instituição hospitalar supracitada, na qual estão cientes que os dados repassados ao pesquisador serão sem identificação dos pacientes mantendo sigilo e a confidencialidade dos mesmos, bem como, presando pela sua dignidade.

Neste estudo não será utilizado um instrumento de coleta dados. Serão analisadas todas as informações cedidas pela instituição referente ao perfil epidemiológico da unidade de internação, analisando as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, cor/etnia, filhos (se sim, quantos), município da residência, motivo da internação (CID-10), tempo médio de internação, transferência antes ou após a internação para outros setores hospitalares e dados referentes a evolução clínica (alta, transferência de unidade ou setor e óbitos).

Em seguida precedera-se nos meses de outubro a dezembro de 2021 com a organização do banco de dados, codificação das variáveis, com posterior análise e interpretação dos dados.

Ao participar da pesquisa os benefícios para o participante, são indiretos sendo que estará contribuindo com informações que poderão gerar evidências a respeito dos dados referentes ao perfil epidemiológico da região da 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, na qual estarão à disposição para futuros estudos e desenvolvimento de ações para melhoria da gestão e da assistência a esta população. Para comunidade acadêmica os dados permitirão conhecer de forma mais detalhada o perfil dos pacientes atendidos em campo de prática, permitindo que o cuidado prestado seja de qualidade e respaldado pelo conhecimento técnico- científico.

De maneira mais ampla a comunidade em geral se beneficiara por meio da melhoria na assistência, com possibilidade de condutas assistenciais focadas na diminuição no tempo de internação, redução de infecções hospitalares e fomentação de educação continuada em saúde para profissionais da saúde, visando uma assistência digna e qualificada.

A análise dos dados será realizada por meio de estatística descritiva das variáveis. As variáveis quantitativas (numéricas e contínuas) serão descritas com uso de médias e desvio padrão. As variáveis qualitativas (nominais e ordinais) serão descritas por meio de proporção e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%).

Para as análises de associação será utilizado teste qui-quadrado ou teste de Fisher (para amostras pequenas) para comparar dois grupos de duas variáveis categóricas independentes; e teste t para comparação de grupos em variáveis numéricas. E por fim, para as análises será utilizado o Programa Estatístico Stata 14.

Ademais, autorizo a utilização das dependências do hospital para a realização de coleta de dados juntamente com a administração e conversa com a Enfermeira gestora referente a dúvidas quanto aos dados cadastrais.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de

suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 20.....

Rafael Martins Ayub
Diretor Executivo

Lista Nominal de Pesquisadores: Curso de Graduação em Enfermagem da URI
Erechim

Cristian Felipe Fantin Zin - Acadêmico de Enfermagem Pesquisador
Marciane Kessler – Pesquisadora Orientadora

**APÊNDICE II - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)
- Censo ou amostragem controlada/direcionada-**

Nós, Cristian Felipe Fantin Zin e Marciane Kessler pesquisadores abaixo relacionados, envolvido(s) no projeto de pesquisa **“Perfil epidemiológico das internações nas Unidades de Terapia Intensiva de um município da região norte do Rio Grande do Sul”**, assinaremos esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes do estudo.

As informações necessárias ao estudo estão contidas no banco de dados do sistema de informação, nos arquivos da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (RS) e se referem às internações de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atendidos no período de 01/01/2011 a 31/12/2020.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados como estabelecido na Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Os dados para a pesquisa são cadastrais e não de prontuário, serão fornecidos pela administração do hospital sem a identificação dos participantes e não será utilizado um instrumento de coleta de dados.

Declaramos, ainda, estar cientes de que é nossa responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também nos comprometemos que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Estamos cientes do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de

2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Nos comprometemos, ainda, com a guarda, cuidado e utilização das informações única e exclusivamente com finalidade científica, para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima, e que somente serão coletados após a sua aprovação do protocolo de pesquisa no Sistema CEP/CONEP.

Uma via deste documento fica com os pesquisadores e a outra com o representante da Instituição.

Erechim, de de .

Nome completo do pesquisador	CPF	Assinatura
Cristian Felipe Fantin Zin	032.906.800-88	
Marciane Kessler	077.113.719-26	

**APÊNDICE II - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)
- Censo ou amostragem controlada/direcionada-**

Nós, Cristian Felipe Fantin Zin e Marciane Kessler pesquisadores abaixo relacionados, envolvido(s) no projeto de pesquisa **“Perfil epidemiológico das internações nas Unidades de Terapia Intensiva de um município da região norte do Rio Grande do Sul”**, assinaremos esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes do estudo.

As informações necessárias ao estudo estão contidas no banco de dados do sistema de informação, nos arquivos do Hospital de Caridade de Erechim (RS) e se referem às internações de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atendidos no período de 01/01/2011 a 31/12/2020.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados como estabelecido na Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Os dados para a pesquisa são cadastrais e não de prontuário, serão fornecidos pela administração do hospital sem a identificação dos participantes e não será utilizado um instrumento de coleta de dados.

Declaramos, ainda, estar cientes de que é nossa responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também nos comprometemos que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Estamos cientes do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de

2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil").

Nos comprometemos, ainda, com a guarda, cuidado e utilização das informações única e exclusivamente com finalidade científica, para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima, e que somente serão coletados após a sua aprovação do protocolo de pesquisa no Sistema CEP/CONEP.

Uma via deste documento fica com os pesquisadores e a outra com o representante da Instituição.

Erechim, de de .

Nome completo do pesquisador	CPF	Assinatura
Cristian Felipe Fantin Zin	032.906.800-88	
Marciane Kessler	077.113.719-26	