

**AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**PAMELA CRISTINA PEREIRA DE SOUZA**

**PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:  
Estudo Retrospectivo**

**Juina – MT  
2018**

**AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**PAMELA CRISTINA PEREIRA DE SOUZA**

**PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:  
Estudo Retrospectivo**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profa. Me. Leila Jussara Berlet.

**Juina – MT  
2018**

**AJES - FACULDADE DO VALE DO JURUENA**

**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SOUZA, Pamela Cristina Pereira, **Principais causas de internação em unidade de terapia intensiva: estudo documental**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) AJES - Faculdade do Vale do Juruena, Juína-MT, 2018.

**Data da defesa:**

**MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**

---

**Presidente e Orientador: Prof. Ma. Leila Jussara Berlet**

AJES – Faculdade do Vale do Juruena.

---

**Membro Titular: Me. Victor Cauê Lopes**

AJES – Faculdade do Vale do Juruena.

---

**Membro Titular: Dr. Vinicius A.H. Sato**

AJES – Faculdade do Vale do Juruena.

**Local:** Associação Juinense de Ensino Superior

AJES – Faculdade do Vale do Juruena.

**AJES – Unidade Sede, Juína – MT**

## DECLARAÇÃO DE AUTOR

*Eu, Pamela Cristina Pereira, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Assistência de enfermagem a mulheres que se submeteram a ooforectomia, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.*

*Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.*

Juina – MT \_\_\_\_\_

---

*Pamela Cristina Pereira*

## DEDICATÓRIA

Primeiro a Deus pela fonte inesgotável de amor e fé, aos meus avos maternos Antônio Fernandes e Eretuzia Bezerra não estão aqui em corpo mais o amor de vocês eu pude sentir todos os dias nessa jornada árdua, tudo que sou hoje devo a vocês a saudade e grande mais seus ensinamentos vou passar a diante obrigada.

Aos meus avos paternos senhor Luiz Gonzaga In memorial, minha avó Maria aparecida meu chamego, obrigada por cada lembrança e sabia que eu te amarei sempre.

A minha mãe a mulher mais doce e mandona do mundo, obrigada mãe a senhora se esforçou muito pela nossa educação, a melhor mãe do mundo se hoje estou aqui e por você e sempre foi por você só deus sabe o quanto eu te amo e quanto sou grata. Não posso deixar de fora meu padrasto Sgt. Miguel Norberto de melo seu incentivo e amor me levou a onde estou hoje, obrigada pelos conselhos você e como um pai pra mim.

Ao meu pai que sempre com seu jeito meigo me ajudou no que pode. O senhor e um presente em minha vida, você sempre terá meu amor incondicional!

Minha madrasta obrigada por cuidar tão bem do meu pai e irmão você é uma benção em nossas vidas.

Meus irmãos Renan Paulo, Felipe Vargas, Antônio Mauricio e Paulo Eduardo vocês são a melhor parte de mim, peço a deus todos os dias pela vida de vocês, não tenham duvida as melhores risadas, melhores lembranças sempre serão dedicadas a vocês, e nunca se esqueçam daria a minha vida.

Aos meus tios e primos que eu amo muito em especial Evaldira e Marcelo que em um dos momentos mais difíceis pra mim estiveram lá, e podem se passar mil anos e nunca vou esquecer o que fizeram por mim e pela minha mãe.

Minha orientadora e amiga de profissão Leila Berlet, mulher inteligente e que sempre acreditou que nosso trabalho poderia dar frutos.

Por ultimo e não menos importante Jose Campos, seu amor fez a mulher que sou hoje.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente á Deus, por ter me concedido saúde, força e disposição para fazer a faculdade e o trabalho de final de curso. Sem ele, nada disso seria possível. Também sou grata ao senhor por ter me dado saúde aos meus familiares e tranquilizado o meu espírito nos momentos mais difíceis da minha trajetória acadêmica até então.

Aos meus amigos, Lyz Mayara, Eliane, Thiago, Sara, Eric, Celia, obrigada pelos inúmeros conselhos, frases de motivação e puxões de orelha. As risadas, que vocês compartilharam comigo nessa etapa tão desafiadora da vida acadêmica, também fizeram toda a diferença. Minha eterna gratidão, esse TCC também é de vocês!

Ao meu namorado José Campos que jamais me negou apoio, carinho e incentivo, obrigada, amor da minha vida, por aguentar tantas crises de estresse e ansiedade. Sem você ao meu lado esse trabalho não seria possível.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## EPIGRAFE

De almas sinceras a união sincera  
Nada há que impeça: amor não é amor  
Se quando encontra obstáculos se altera,  
Ou se vacila ao mínimo temor.  
Amor é um marco eterno, dominante,  
Que encara a tempestade com bravura;  
É astro que norteia a vela errante,  
Cujo valor se ignora, lá na altura.  
Amor não teme o tempo, muito embora  
Seu alfanje não poupe a mocidade;  
Amor não se transforma de hora em hora,  
Antes se afirma para a eternidade.  
Se isso é falso, e que é falso alguém provou,  
Eu não sou poeta, e ninguém nunca amou.

**William Shakespeare**

## RESUMO

**Introdução:** a unidade de terapia intensiva é um local aonde uma paciente de alta complexidade e admitido devido à falha de um ou mais sistemas fisiológicos tornando assim um paciente frágil e que necessita de cuidados ininterruptos além de fármacos mais potentes. A enfermagem no cuidado critica deve atentar-se aos pequenos declínios dos usuários, pois se tornam enormes quando estão frágeis, além de ser um estudo inédito no município, além de fazer levantamento da região noroeste. **Objetivos:** Identificar as principais causas de internação na unidade de terapia intensiva de um município do Noroeste do Mato Grosso. **Metodologia:** trata-se de um estudo documental por meio de prontuários, retrospectivo, com coleta de dados em questionário próprio, de forma individual, dos prontuários de 2017. **Resultados:** este estudo conta com 336 amostras, com idade de 16 á 95 anos, 39,3% (133) eram do sexo feminino e 60,7% (203) do sexo masculino, o local de residência estava distribuídos entre 13 cidades do Mato Grosso. Provenientes de alguns hospitais do Mato Grosso, com mais incidência UPA Juína 43,5% (146) por atender a população da região noroeste, 59,2% (199) não chegaram entubados com escala de Glasgow entre 4 á 15 pontos, 40,8% (137) chegaram intubado e sedados, sendo 1 somente sedado. Na admissão do diagnostico medico primárias foram 56 patologias alavancadas, sendo as 11 principais: AVCI 9,5% (32), AVCH 6,3% (21), Câncer 4,2% (14), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica(DPOC) 6,8% (23), Infarto Agudo do Miocárdio(IAM) 16,7% (56), Pneumonia 7,1% (24), Pós operatório de Laparostomia Exploratória 4,1% (15), TCE 10,4% (35), Sepse (choque séptico 2,1% e sepse severa 8,3%) 10,4% (35), Insuficiência cárdica congestiva descompensado(ICC) 3,9% (13). **Considerações finais:** concluiu-se que as principais causas de internação são as doenças cardiovasculares, grandes cirurgias, Acidente Vascular Cerebral sendo isquêmico e hemorrágico, infecções e TCE.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.



## ABSTRACT

**Introduction:** the unit of intensive therapy is a place where a patient of high complexity and admitted due to the flaw of an or more physiologic systems turning like this a fragile patient and that he/she needs uninterrupted cares besides more potent drugs. The nursing in the care criticizes should be attempted to the users' small declines, because if they turn enormous when they are fragile, besides being an unpublished study in the municipal district, besides doing rising of the northwest area. **Objectives:** To identify the main causes of hospitalization in the intensive care unit of a municipality in the Northwest of Mato Grosso. **Methodology:** it is a documentary study by means of medical records, retrospectively, with the collection of data in an individual questionnaire of the medical records of 2017. **Results:** this study counts on 336 samples, aged from 16 to 95 years, 39.3% (133) were female and 60.7% (203) male, the place of residence was distributed among 13 cities in Mato Grosso. From a few hospitals in Mato Grosso, with a higher incidence of UPA Juína 43.5% (146) due to the population of the northwestern region, 59.2% (199) did not reach the Glasgow scale between 4 and 15 points, 40, 8% (137) arrived intubated and sedated, with 1 being sedated only. In the admission of the primary medical diagnosis were 56 pathologies leveraged, being the 11 main ones: AVCI 9.5% (32), AVCH 6.3% (21), Cancer 4.2% (14), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) (23), Acute Myocardial Infarction (AMI) 16.7% (56), Pneumonia 7.1% (24), Exploratory Laparostomy Post-operative 4.1% (15), TBI 10.4% (35), sepsis (septic shock 2.1% and severe sepsis 8.3%) 10.4% (35), decompensated congestive heart failure (CHF) 3.9% (13). **Final considerations:** it was ended that the main internment causes are the diseases cardiovascular, big surgeries, Cerebral Vascular Accident being ischemic and hemorrhagic, infections and traumatic brain injury.

**Key words:** Intensive care unit; Nursing; Nursing care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Local de pesquisas .....	22
-------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sexo dos indivíduos internados .....	25
Tabela 2 - Idade X Sexo.....	26
Tabela 3 - Local de residência .....	27
Tabela 4 - Local de onde o usuário foi encaminhado para UTI.....	28
Tabela 5 - Usuário intubado x respiração espontânea.....	29
Tabela 6 - Valores da Escala de Coma Glasgow (ECG).....	30
Tabela 7 - Doenças com maior frequência de internação .....	31
Tabela 8 - Período de internação.....	33
Tabela 9 - Desfecho da internação na UTI.....	34

## LISTA DE SIGLAS

AMIB	Associação de medicina intensiva brasileira
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCI	Acidente Vascular Cerebral isquêmico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HM	Hospital Municipal
IAM	Infarto Agudo Do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNM	Pneumonia
POP	Protocolo operacional padrão
SAE	Sistematização da Assistência De Enfermagem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCCM	Sociedade Americana de Terapia Intensiva
SUS	Sistema Único De Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCC	Unidade De Cuidado Critico
UTI	Unidade De Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
2.1 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM INTENSIVA .....	16
2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	17
2.3 ADMISSÃO EM UTI .....	18
2.4 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS PARA A ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	19
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>21</b>
3.1 TIPOS DE ESTUDO.....	21
3.2 LOCAL DE PESQUISAS .....	22
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	22
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	23
3.6 COLETAS DE DADOS .....	23
3.7 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS .....	23
3.8 ANÁLISES DOS DADOS .....	23
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	24
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
4.1 CARACTERIZANDO O PÚBLICO INTERNADO.....	25
4.2 PROVENIENTE DE ONDE .....	27
4.3 ADMISSÃO NA UTI.....	29
4.4 DESFECHO .....	32
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>53</b>

## INTRODUÇÃO

O perfil do paciente internado na unidade de terapia intensiva (UTI), é aquele fragilizado não somente pelo seu estado físico, mais também o emocional, o próprio ambiente traz tensão para o paciente e seus familiares. A equipe deve atuar para que esse individuo supere seus medos, as frustrações recuperando assim a vontade de lutar pelo seu tratamento, para que a esperança de cura seja renovada. (AZEVEDO, 2009)

De acordo com Uenishi (2006), o principal critério de internação é quando um ou mais sistemas fundamentais entram em insuficiência, como casos graves que possuem chance de recuperação e pós-operatório de cirurgias grandes ou morte cerebral como possível doador de órgão.

Sabem-se que o tratamento intensivo gera um grande custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), pelo fato da mão de obra qualificada, fármacos mais potentes, cuidado intensivo e integral, fazem com que os custos sejam elevados. (MORTON, 2013).

Segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) no ano de 2016 conta com 41.741 leitos de UTI em 521 municípios. No centro-oeste conta com apenas 166 estabelecimento e 3.502 leitos, Representa 8,4% do total de leitos UTI do Brasil média de 21 leitos por estabelecimento. Cerca de 44% dos estabelecimentos é privado, 28% públicos, 26% filantrópico e 2% não classificado. O mato grosso conta com 34 estabelecimentos, representa 20,5% do total de estabelecimentos na região e 1,7% do país.

A UTI do noroeste do Mato Grosso, possui cerca de 9 leitos e 1 isolamento, a troca de plantão ocorre de leito em leito para que sejam passadas as principais informações referentes à melhora ou declínio de determinado paciente. Possui um protocolo padrão para admissão dos indivíduos que chegam a UTI, e para posteriormente ser desenvolvido a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a este indivíduo admitido.

A enfermagem no cuidado crítico, possui muitas responsabilidades para com o paciente e os cuidados são: determinar o plano de cuidados com base na

avaliação do paciente, distribuir as atividades para sua equipe, avaliar a assistência prestada, sempre oferecer apoio ao paciente e seus familiares, zelar e manter organizado seu ambiente de trabalho, o carro de emergência deve ser checado em cada plantão, notificar ocorrências adversas, realizar a passagem conjunta dos plantões com o médico na UTI, estar sempre ciente do caso clínico do paciente, sempre trocar informações com sua equipe e com médico para melhora do quadro do cliente (AZEVEDO, 2009).

A enfermagem contemporânea baseia-se principalmente em evidências científicas gerada por pesquisas, com isso fortalecem suas práticas clínicas, enriquecendo suas experiências profissionais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Assim essa pesquisa pretende responder o seguinte questionamento: Quais as principais causas de internação na unidade de terapia intensiva de uma cidade do mato grosso no ano de 2017.

Este estudo é inédito no município e pretende identificar as principais causas de internação na unidade de terapia intensiva, no ano de 2017, para verificar a incidência entre a população da região, podendo promover melhorias na saúde em todos os níveis de atenção, bem como contribuindo para aumento na qualidade do atendimento dos clientes admitidos na UTI, e fortalecendo SAE. Assim preparando os futuros profissionais de enfermagem para lidar com a admissão de um paciente em estado crítico.

## **1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as principais causas de internação na unidade de terapia intensiva de um município do Noroeste do Mato Grosso.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM INTENSIVA

Durante a guerra da Criméia em 1854, a enfermeira britânica Florence Nightingale desenvolveu o ato de observação e atendimento contínuo a pacientes graves, criando assim o método “vigilância Nightingale”, nada mais que a separação dos indivíduos pela gravidade e vigilância constante, onde se controlava principalmente as infecções (GOMES, 2008).

Nos períodos pós-segunda guerra mundial houve avanços significativos na medicina que possibilitou longas cirurgias e de longa duração, devido novas técnicas de anestesia, então foram criadas unidades específicas para cuidados pós-operatórios. Contavam com equipamentos de controle contínuo de sinais vitais e presença de uma equipe de enfermagem (SCHETTINO, 2006).

Segundo Gomes (2008) os avanços tecnológicos ligados à avaliação rápida nas mudanças das condições clínicas dos pacientes, mostra a eficácia do tratamento intensivo no quadro clínico geral do indivíduo.

Capacitada para cuidar de pacientes graves, eram inicialmente médicos anestesistas e cirurgiões que definiam as condutas básicas a serem tomadas, criando assim o principal conceito de unidade específica de pacientes críticos as modernas UTIs (SCHETTINO, 2006).

O fato de grande desenvolvimento das UTIs, foi a epidemia de poliomielite conhecida também como “paralisia infantil” que devastou grande parte da população infantil na Europa e, posteriormente, nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 1950. Com isso os hospitais se viram com muitos pacientes que não conseguiam realizar a respiração por conta própria, pois seus músculos estavam estáticos em decorrência da doença. Esse fato importante fez com que se desenvolvessem técnicas de ventilação mecânica, para que eles sobrevivessem o estágio agudo da doença, surgindo assim os chamados “pulmões de aço” o primeiro respirador, salvando assim uma parte pequena da população, além de um marco histórico e tecnológico das UTIs. (SHETTINO, 2006)

## 2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As UTIs são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados, e que tem acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica (BRASIL, 2017).

As unidades de cuidados críticos foram abertas em 1960, ocorreram grandes avanços tecnológicos, farmacológicos desde então a enfermagem tem subido seu patamar elevando seus conhecimentos na área do cuidado intensivo (MORTON; FONTAINE, 2013).

Segundo a AMIB (Associação de medicina intensiva brasileira,2010) o paciente crítico necessita em média de 172 intervenções por dia, que são executadas por diferentes equipes sendo elas as enfermeiras, técnicas, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas e médicos cada qual exercendo sua especialidade. Cada intervenção necessita de uma complexidade e tempo, diferentes para serem executadas elas estão sujeitas a erros, pois somos seres humanos e temos limitações naturais. A AMIB mostra que essas limitações não podem intervir no cuidado de enfermagem para o seu paciente/cliente, garantir que sempre esteja em uso um *checklists* para que o cuidado seja monitorado.

O paciente crítico requer um tratamento 24 horas por dia, e 7 dias por semana. Precisamos entender que ele não tem hora marcada para expor intercorrências ou originar uma descompensação. A área do cuidado intensivo se trata de uma especialidade cujas intervenções sensíveis ao tempo e dependem de atenção e intervenção contínua. Isso pode representar que a qualquer momento uma emergência pode ocorrer e a equipe deve sempre estar alerta para intervir rapidamente, muitas vezes quando os cuidados da equipe são administrados com rapidez e eficácia podem salvar muitas vidas (NETO; CASTRO, 2010).

## 2.3 ADMISSÃO EM UTI

“A internação significa para o paciente a interrupção do ritmo e das atividades cotidianas de vida, sejam domésticas, profissionais ou acadêmicas.” (KAWAMOTO; FORTES, 1997, p.59).

De acordo com Azevedo (2009), o leito deve estar pronto, limpo, cama aberta para o recebimento do cliente, os equipamentos devem ser testados e instalados assim que ele chega à unidade, para que a monitoração seja contínua.

“Uma alta taxa de mortalidade entre 10 e 20%, e inerente à natureza do trabalho em UTI; mas, uma seleção inadequada de pacientes eleva esse índice a níveis indesejados” (GOMES, 2008, p.24).

A portaria GM/MS N° 1071 de 04 de julho de 2005, chega para instituir a Política Nacional de Atenção ao paciente crítico, onde salienta que a regulação assistencial é um instrumento orientador e definidor da atenção a saúde do paciente crítico, e contribui significativamente para a qualificação da utilização dos recursos assistenciais. A regulação procura englobar os diferentes níveis de complexidade existentes no SUS, para proporcionar universalidade aos clientes (BRASIL, 2005).

Portaria nº 895, de 31 de março de 2017:

Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2017).

A portaria destaca a importância dos critérios específicos, para que o paciente internado se beneficie dos serviços de maneira eficiente, e que pacientes terminais que necessitam cuidados paliativos sejam aceitos em último caso.

A Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) elaborou critérios para admissão da UTI, com a finalidade de priorizar o processo de triagem, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e dos recursos oferecidos deste modo, os pacientes são divididos em quatro prioridades para internação, ou seja, prioridade 1 - pacientes graves, instáveis, que necessitam de

tratamento intensivo e monitorização em UTI, foram incluídos os pacientes gravemente doentes, que se apresentassem instáveis, necessitando de monitorização e tratamento intensivo, com chances significativas de recuperação; no grupo 2 foram classificados pacientes sem instabilidade, mas que necessitassem de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação do quadro clínico; pacientes do grupo 3 apresentavam-se instáveis, mas com baixa probabilidade de recuperação por conta da gravidade da doença aguda ou presença de comorbidades; pacientes do grupo 4 apresentavam antecipadamente pouco ou nenhum benefício com a internação na UTI, pacientes sem indicação de admissão em UTI, por estarem muito bem ou muito mal para se beneficiarem do tratamento na terapia intensiva (REZENDE.et al.,2010 *apud* LARGO,2013 p.10).

#### 2.4 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS PARA A ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Segundo Potter e Perry (2005) existem termos básicos quando se trata de ética, como a autonomia a enfermagem deve respeitar cada paciente de forma que ele seja incluído nas decisões e conhecendo os benefícios e malefícios de cada tratamento, beneficência se trata do compromisso de oferecer sempre o melhor e mais confortável para o indivíduo respeitando sua individualidade, não-maleficência é sempre importante ter em mente que envolve não apenas a vontade de fazer o bem e sim ter compromisso para não prejudicar, a justiça que nos cabe e a de imparcialidade no cuidado e principalmente a fidelidade para que esse cuidado venha alcançar o sucesso em todos os níveis de assistência que o paciente necessita.

Segundo Morton e Fontaine (2013), a ética vem para nortear os cuidados com o paciente, esclarecer problemas e princípios morais que temos no dia a dia, averiguar as responsabilidades e obrigações, além de fornecer um argumento ético plausível para qualquer decisão ou ação empreendida.

A UTI é um local complexo que necessita de tomada de decisões precisas sobre a vida e saúde dos pacientes, a enfermagem tem muitas escolhas morais no cotidiano, muitas vezes escolhas difíceis que podem criar sentimentos de aflição, a

ética vem para esclarecer essas questões além de fornecer métodos sistemáticos para alcançar as soluções da melhor forma possível (MORTON; FONTAINE, 2013).

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1 TIPOS DE ESTUDO**

Tratou-se de um estudo documental retrospectivo por meio de prontuários, visando coletar os dados de forma individual, de cada internação na UTI. Podendo assim obter as características clínico-epidemiológicas das internações.

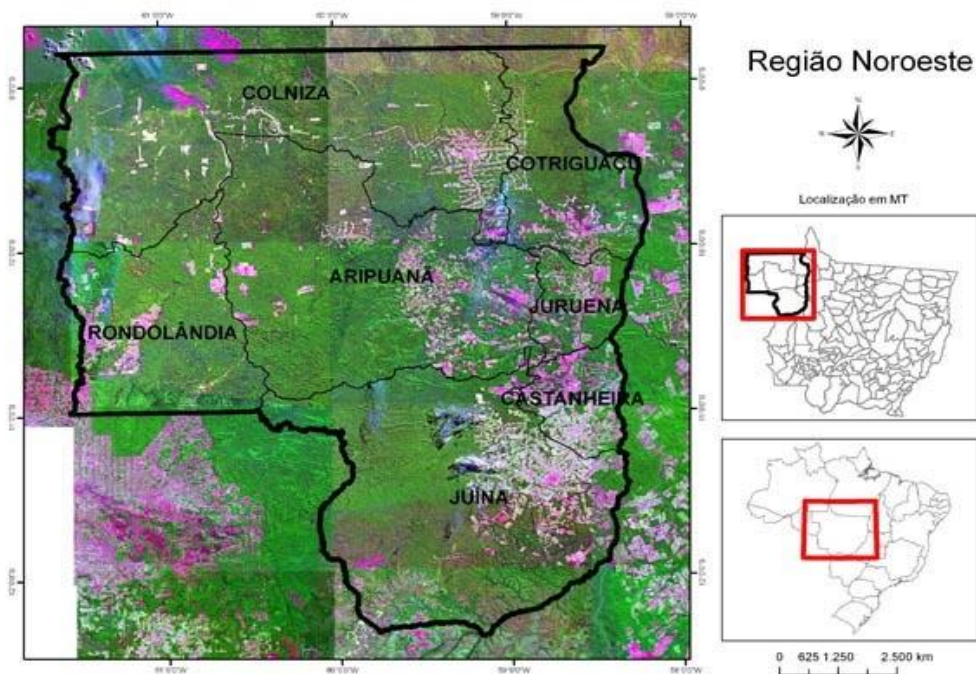
Os estudos quantitativos, os pesquisadores identificam suas variáveis, aí então coletam os dados relevantes, essa pesquisa é utilizada para determinar se existe ou não relação entre as variáveis e para quantificar o grau dessa relação. Além de esta pesquisa ser não experimental ou observacional onde, o pesquisador coletou os dados sem interferir (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na pesquisa documental, a coleta de dados ocorre em documentos escritos ou não. Existem 3 variáveis, fontes escritas ou não; documentos primários e secundários; contemporâneo ou retrospectivo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa de enfermagem tende a se centralizar no ser humano, e como as pessoas são diferentes, mesmo com a fisiologia similar, que reagem de forma diferenciada a cada situação. A finalidade das pesquisas de enfermagem é sanar as dúvidas e esclarecer os problemas, de importância para a profissão (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

### 3.2 LOCAL DE PESQUISAS

Figura 1 - Local de pesquisas



Fonte: <<https://terraGaia.wordpress.com>>. Acesso em: 18 out. 2017.

O local da pesquisa é noroeste do Mato Grosso no município de Juína. A população estimada de 39.770 Mil habitantes, sua área territorial em KM é de 26.189,919 e densidade demográfica em 2010 e de 1,50 hab.KM<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Tratar-se dos prontuários dos indivíduos internados na unidade de terapia intensiva.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os prontuários dos indivíduos internados na unidade de terapia intensiva que tenham a ficha de internação preenchida corretamente, no período de 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2017.

### 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os prontuários que não estejam corretamente preenchidos, que são anteriores e posteriores ao período que a pesquisa propõe investigar.

### 3.6 COLETAS DE DADOS

O presente trabalho trata-se de coleta documental através de prontuários, fazendo uso dos critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente foi obtida autorização por parte dos gestores da Unidade de Terapia Intensiva privada, após aprovação do comitê de ética foi iniciado a coleta de dados. Os dados foram acessados por meio de prontuários dos pacientes que foram disponibilizados por profissional responsável e autorizado pela instituição do estudo. Os dados extraídos foram: data e tempo de internação diagnóstico médico, sexo, idade, cidade a que pertence, conforme o questionário no Apêndice 01, deste trabalho. É importante ressaltar que os preceitos éticos serão respeitados, de forma que nenhum dado que remeta a identificação dos pacientes será divulgado, em hipótese alguma.

Para a codificação dos prontuários, será utilizado a inicial P identificando em ordem decrescente o prontuário que foi coletado.

### 3.7 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados em impressos, no questionário, e após digitados em um banco de dados (planilha) construído no software Excel 2010.

### 3.8 ANÁLISES DOS DADOS

A análise de dados contou com variáveis cardinais que são aquelas que podem ser medidas e quantificadas, além de contar com estatística descritiva que compreende a organização e descreve os dados coletados. (LIMA, 2008)



Os dados, após sua tabulação, foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. Optou-se em apresentá-los em formato de tabelas.

### 3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo respeitou a resolução 466/2012, garantindo o anonimato e sigilo dos nomes dos indivíduos. Não foi utilizado de forma alguma seus nomes, foi dado nomes de forma aleatória e numérica aos pacientes, exemplo P1. A pesquisa desenvolvida trouxe risco mínimo por se tratar de um método retrospectivo, com análise de prontuário não teve qualquer tipo de contato com o paciente.

Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, sem contato algum com o paciente utilizando somente prontuários, e investigar se há protocolo operacional padrão (POP), na admissão do paciente foi solicitado a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 5).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através do parecer consubstanciado número 2.959.143 (ANEXO 1).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra contou com 336 prontuários, não houve nenhuma exclusão pelo fato de as normas da unidade serem rígidas e como todo paciente passa pela regulação do Estado, é importante que estejam todos preenchidos. Destes prontuários selecionados, foram encontradas 56 patologias, salientando que o intuito era pesquisar as principais causas de internações. Os dados coletados dos prontuários foram: idade, sexo, local de residência, proveniente de onde, se chegou intubado, escala de Glasgow, sedado, causa primária de internação, diagnóstico final, período de internação e desfecho.

### 4.1 CARACTERIZANDO O PUBLICO INTERNADO

Os indivíduos internados tinham entre 15 e 95 anos, 39,6% (133) eram do sexo feminino e 60,4% (203) do sexo masculino, conforme (Tabela 1). A idade mais prevalente no sexo feminino foi de 45 a 84 anos, 71,4%, sendo a faixa de 65 a 74 anos, 21,8% (29), a mais frequente. Enquanto no masculino, a faixa etária de 55 a 74 anos, teve a maior frequência (Tabela 2) com 43,9% (89).

Tabela 1 - Sexo dos indivíduos internados

		Frequência	Porcentagem
Válido	FEMININO	133	39,6
	MASCULINO	203	60,4
	Total	336	100,0

Fonte: A Autora (2018)

A pesquisa constatou que o maior índice de internação foi do sexo masculino, como já se sabe a população masculina procura menos os serviços de saúde, eles vivem menos que as mulheres e morrem em maior afluência. Alguns autores destacam que o homem, geralmente, tende a relacionar a saúde corporal com o paradigma elencado com masculinidade, por este motivo, há uma negação, omissão

ou ocultação sobre **carecer** de cuidados em saúde, resultante na merma da procura por assistência. (COSTA & MAIA, 2009; FIGUEIREDO, 2005; CONNELL, 1995).

Tabela 2 - Idade X Sexo

	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO		Frequência	Porcentagem
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem		
15 A 24	6	4,5	13	6,4	19	5,7
25 A 34	11	8,3	17	8,4	28	8,3
35 A 44	9	6,8	19	9,3	28	8,3
45 A 54	19	14,3	25	12,3	44	13,1
55 A 64	22	16,5	44	21,7	66	19,7
65 A 74	29	21,8	45	22,2	74	22
75 A 84	25	18,8	24	11,8	49	14,6
85 A 95	12	9	16	7,9	28	8,3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>203</b>	<b>100</b>	<b>336</b>	<b>100</b>

Fonte: Autora, 2018.

Destes, 336 prontuários, como podemos ver na tabela 3, o local de residência estava distribuído entre diversas cidades do Estado do Mato Grosso, isto justifica-se pelo sistema de regulação que procura o local onde há vaga e encaminha o usuário que necessita. Os locais de residências são: Aripuanã 5,4% (18), Brasnorte 3,9% (13), Campo Novo do Parecis 0,3% (1), Castanheira 7,4% (25), Colniza 8,6% (29), Conselvan 0,9% (3), Cotriguaçu 2,4% (8), Cuiabá 0,3% (1), Juara 6,3% (21), Juruena 3,9% (13), Novo Horizonte do Norte 0,9% (3), Porto Dos Gaúchos 0,3% (1) e o Município de Juína com 59,5% 200 internações no período sendo a grande campeã.

Tabela 3 - Local de residência

		Frequência	Porcentagem
Válido	JUÍNA	200	59,5
	COLNIZA	29	8,6
	CASTANHEIRA	25	7,4
	JUARA	21	6,3
	ARIPUANÃ	18	5,4
	BRASNORTE	13	3,9
	JURUENA	13	3,9
	COTRIGUAÇU	8	2,4
	CONSELVAN	3	,9
	NOVO HORIZONTE	3	,9
	CAMPO NOVO DO PARECIS	1	,3
	CUIABÁ	1	,3
	PORTO DOS GAÚCHOS	1	,3
	Total	336	100,0

Fonte: A Autora (218)

#### 4.2 PROVENIENTE DE ONDE

Esses indivíduos foram encaminhados de diversos locais (Tabela 4), pois a cidade onde a UTI está localizada é sede da Secretaria Regional de Saúde do Estado de Mato Grosso e assim atende 7 municípios além de receber os pacientes a partir do sistema de regulação de vagas do Estado.

Conforme a tabela observou que os seguintes locais encaminham usuários: Hospital Municipal (HM) de Aripuanã 2,7% (9), HM de Brasnorte 1,5% (05), HM de Castanheira 0,3% (01), HM campo novo dos Parecis 0,3% (01), HM de colniza 1,5% (05), HM Cotriguaçu 0,3% (1), Unidade De Pronto Atendimento (UPA) Cuiabá 0,3% (1), HM Juara 4,5% (15), HM Juruena 0,6% (2), HM Novo Horizonte do Norte 1,2%

(4),HM Porto Dos Gaúchos 0,3% (1), Município de Juína com HM Juína 26,2%(88), UPA 44,0% (146), Hospital São Lucas 12,5% (42), Hospital e Maternidade São Geraldo 2,1% (07), Hospital e Maternidade Policlínica 1,8% (06).

Tabela 4 - Local de onde o usuário foi encaminhado para UTI

		Frequência	Porcentagem
Válido	UPA JUÍNA	148	44,0
	HOSPITAL MUNICIPAL DE JUÍNA	88	26,2
	HOSPITAL SÃO LUCAS	42	12,5
	HOSPITAL MUNICIPAL DE JUARA	15	4,5
	HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIPUANÃ	9	2,7
	HOSPITAL MATERNIDADE SÃO GERALDO	7	2,1
	HOSPITAL MATERNIDADE POLICLÍNICA	6	1,8
	HOSPITAL MUNICIPAL DE BRASNORTE	5	1,5
	HOSPITAL MUNICIPAL DE COLNIZA	5	1,5
	HOSPITAL MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE DO NORTE	4	1,2
	HOSPITAL MUNICIPAL DE JURUENA	2	,6
	HOSPITAL MUNICIPAL DE CASTANHEIRA	1	,3
	HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPO NOVO DO PARECIS	1	,3
	HOSPITAL MUNICIPAL DE COTRIGUAÇU	1	,3
	UPA CUIABÁ	1	,3
	HOSPITAL MUNICIPAL DE PORTO DOS GAÚCHOS	1	,3
	Total	336	100,0

Fonte: A Autora (2018).

### 4.3 ADMISSAO NA UTI

Geralmente o paciente que chega na UTI, é um paciente frágil que se encontra em falha dos sistemas fisiológicos, da amostra 40,5%(136) chegaram intubados na unidade (tabela 5) , 58,9%(198) não chegaram intubado e 2 (0,6%) de acordo com a anotação no prontuário estavam sedados sem estar intubados, apresentados na tabela como “Omisso”.

Tabela 5 - Usuário intubado x respiração espontânea

		Frequência	Porcentagem
Válido	NÃO	198	58,9
	SIM	136	40,5
	Total	334	99,4
Omisso	Sistema	2	,6
Total		336	100,0

Fonte: A Autora (2018).

Normalmente a intubação de pacientes críticos é utilizada para melhor perfusão, e auxiliar um sistema que já está em falha, podendo assim equiparar e evitar que outros sistemas sejam afetados por essa perda de oxigênio. Lembrando que a intubação deve ser usada por pouco tempo, pelo auto risco de lesão orotraqueal causando assim infecções indesejadas, para pacientes com um sistema já deprimido, a opção seria uma traqueostomia é um procedimento invasivo, porém em casos de maior permanência na unidade e mais indicado, nosso estudo muito chegam com respiração espontânea, já alguns estudos demonstra aversão. (BARRETO, 2015)

Destes individuo 198 (58,9%) apresentaram Escala de Coma de Glasgow de 4 a 15 pontos (tabela 6), com maior frequência 29,2 % Glasgow de 15 pontos, e os subsequentes 12 e 13 pontos com, respectivamente 8,3% e 6,3%.

Tabela 6 - Valores da Escala de Coma Glasgow (ECG)

		Frequência	Porcentagem	
Válido	ECG 4	1	,3	
	ECG 5	1	,3	
	ECG 6	1	,3	
	ECG 7	1	,3	
	ECG 8	3	,9	
	ECG 9	4	1,2	
	ECG 10	16	4,8	
	ECG 11	10	3,0	
	ECG 12	28	8,3	
	ECG 13	21	6,3	
	ECG 14	14	4,2	
	ECG 15	98	29,2	
	Total	198	58,9	
	Omisso	Sistema	138	41,1
	Total		336	100,0

Fonte: A Autora (2018).

Outro procedimento importante na admissão de uma paciente instável e a avaliação de escala de Coma de Glasgow, os indicativos empregados nessa escala são abertura ocular, resposta verbal e melhor resposta motora. Essa escala deve ser vista como uma etapa importante da assistência de enfermagem, que necessita de grande atenção por se tratar de um procedimento que afetam outros sistemas, além de que a sistematização de enfermagem será voltada para as necessidades que o paciente possua (MUNIZ, 1997).

Na admissão, a partir do diagnóstico médico, as causas primárias de internação foram 56 patologias (APÊNDICE 1) alavancadas, sendo as 11 principais (tabela 7): AVCI 9,5% (32), AVCH 6,3% (21), Câncer 4,2% (14), Doença Pulmonar

Obstrutiva Crônica (DPOC) 6,8% (23), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) 16,7% (56), Pneumonia 7,1% (24), Pós operatório de Laparotomia Exploratória 4,1% (15), TCE 10,4% (35), Sepse (choque séptico 2,1% e sepse severa 8,3%) 10,4% (35), Insuficiência cardíaca congestiva descompensado (ICC) 3,9% (13).

Tabela 7 - Doenças com maior frequência de internação

		Frequência	Porcentagem
Válido	IAM	56	16,7
	TCE	35	10,4
	AVCI	32	9,5
	SEPSE SEVERA	28	8,3
	PNM	25	7,4
	DPOC	23	6,8
	AVCH	21	6,3
	CÂNCER	14	4,2
	PO LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA	15	4,5
	ICC DESCOMPENSADO	13	3,9
	CHOQUE SÉPTICO	7	2,1
	DEMAIS PATOLOGIAS	67	19,9
	Total	336	100,0

Fonte: A Autora (2018)

No entanto chama a atenção outras patologias relacionadas ao sistema cardiovascular como: Arritmia cardíaca 0,3% (01), bloqueio atrioventricular 0,3% (01), choque cardiogênico 06% (02), doença coronariana 0,3% (01), estenose aórtica 0,3% (01), fibrilação atrial 0,3% (01), miocardite 0,3% (01), ICC + pneumonia 0,3% (01), síndrome coronariana 0,6% (2). O que também chamou a atenção foram dois casos de doenças de chagas e um de eclâmpsia.

As doenças cardiovasculares ocuparam um lugar de destaque em varias literaturas correlacionam com as doenças crônicas não transmissíveis. Segundo a



Organização Pan Americana de Saúde - OPAS (2017), as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo, mais de três quartos das mortes ocorrem em países de baixa e média renda, cerca de 17,7 milhões morrem destas causas, 7,4 milhões ocorrem devido às doenças cardiovasculares e 6,7 milhões devido a acidentes vasculares cerebrais (AVCs).

De acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2016), as doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Demonstram também os fatores de riscos, idade avançada, excesso de peso, ingestão de sal, ingestão de bebidas alcoólicas, fatores sócios econômicos, fatores genéticos e sedentarismo.

Segundo a SBC doenças isquêmicas do coração (DIC) saíram de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013), e as doenças cerebrovasculares (DCbV) saíram de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes (2013); também houve redução da Insuficiência Cardíaca congestiva (ICC), que variou de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013), podemos perceber a redução, porém ainda e um índice alarmante.

No Brasil, anualmente meio milhão de pessoas requerem hospitalização devido a traumatismos cranianos, destas, 75 a 100 mil pessoas morrem no decorrer de horas enquanto outras 70 a 90 mil desenvolvem perda irreversível de alguma função neurológica. (OLIVEIRA, WEBINGER e LUCA, 2005).

Possui alta incidência, maior prevalência em adultos jovens, apresenta tempo de internação prolongado, possui elevada taxa de morbidade e mortalidade, necessita de reabilitação, envolve elevado custo social e financeiro, os fatores de risco são conhecidos e possibilitam a implantação de programas de prevenção. (PIRAS et al.,2004)

#### 4.4 DESFECHO

Dentre os prontuários somente 26,5% (89) possuíam diagnóstico final (Apêndice 2), os demais 73,5 (247) permaneceram com o mesmo diagnóstico de

admissão, ICC 4,8% (16), Insuficiência renal 1,8% (6), leucemia 0,6% (2), paracoccidiodomicose 0,3% (01), pneumonia 2,7% (9), pré-eclâmpsia 0,3% (01), sepse (sepse severa 1,8%) 4,5% (15).

E comum nessas unidades um longo período de internação, sendo que destes casos o período mais longo de 92 dias 0,3% (01), e a maior frequência foi de 5 á 9 dias 41,1(138), seguido de 1 á 4 dias 25,9% (87), de 10 á 14 dias 16,7% (56), 15 á 19 dias 6,5% (22), estão apresentados na tabela abaixo (tabela 8).

Tabela 8 - Período de internação

		Frequência	Porcentagem
Válido	1 A 4 dias	87	25,9
	5 A 9 dias	138	41,1
	10 A 14 dias	56	16,7
	15 A 19 dias	22	6,5
	20 A 24 dias	12	3,6
	25 A 29 dias	9	2,7
	30 A 34 dias	6	1,8
	35 A 39 dias	1	,3
	40 A 44 dias	2	,6
	50 A 54 dias	1	,3
	65 A 69 dias	1	,3
	85 A 89 dias	1	,3
	Total	336	100,0

Fonte: A Autora (2018)

O tempo de internação da amostra se deu de 1 a 89 dias, as maiores prevalências foram 1 a 24 dias contando com cerca de 93,7%. Segundo Silva (2017) O tempo de internação prevaleceu entre 11 e 20 dias, constata que se assemelham. Além de o autor se preocupar com as internações prolongadas, que são prejudiciais podendo ocorrer eventos adversos aos longevos. Que recomenda um parecer

criteroso, sobre a decisão de permanência na unidade, para garantir que o paciente fique somente o necessário, reduzindo assim as contrariedades e custos com hospitalizações desnecessárias.

Devido a criticidade dos casos muitos usuários passam longos períodos e seu desfecho final pode ser o óbito (tabela 9). Nos prontuários pesquisados 53% (178) tiveram alta da UTI e foram encaminhados para os municípios de residência ou hospitais de origem, pois os indivíduos que dão entrada pela upa são encaminhados para as unidades hospitalares adstritas de seu local de residência. Pois a UPA de Juína atende a demanda de 7 municípios, e normalmente é a porta de entrada para indivíduos que necessitam de cuidados críticos.

Dos prontuários analisados 8% (27) foram transferidos (tabela 8), estas transferências acontecem quando o indivíduo necessita de procedimentos e especialidades que não possuímos na região, como por exemplo cateterismo cardíaco e neurologia. Evidenciado que as principais patologias que levaram a transferência foram: AVCH 0,9% (3), TCE 2,1% (7), sepse severa 0,6% (2), IAM 1,2% (4) e doenças coronarianas 0,3% (01).

Tabela 9 - Desfecho da internação na UTI

		Frequência	Porcentagem
Válido	ALTA	178	53,0
	ÓBITO	131	39,0
	TRANSFERÊNCIA	27	8,0
	Total	336	100,0

Fonte: A Autora (2018)

As principais causas de óbitos: AVCI 5,7% (19), AVCH 2,4% (8), câncer 2,1 % (7), choque cardiogênico 0,6% (2), sepse (choque séptico 1,8%, sepse severa 4,5%) 6,3% (21), DPOC 3,9% (13), IAM 4,2% (14), ICC descompensado 0,9 (3), pneumonia bacteriana 3,3% (11), Pós-operatório Laparotomia exploratória 1,2% (4), TCE 3,6% (12).

Em relação ao índice de óbito na UTI neste estudo sua maioria foi idosos com risco predito de óbito elevado, principalmente pela gravidade com que eles já são admitidos, de acordo com alguns autores o percentual de óbito pode ser de 25 a 30% (ZIMMERMAN, 2006; VIEIRA, 2007), um pouco inferior do que os dados encontrados neste estudo.

A taxa encontrada neste estudo e de 39%, relativamente alta, salientando que o município não possui algumas especialidades, e isto faz que o indivíduo necessite ser levado a centros especializados, no entanto nem sempre ele possui condições de ser transportado, pois a distância é grande. Estes centros de referências encontram-se na capital, a 744 km, assim o indivíduo já debilitado pode ir a óbito antes mesmo desta transferência acontecer.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou mostrar as principais causas de internação, o método utilizado foi a pesquisa documental retrospectiva com 336 prontuários. Onde foi possível identificar diversas patologias como causa primária de internação, sendo que as principais causas foram doenças cardiovasculares com destaque Acidente Vascular Cerebral sendo isquêmico e hemorrágico. Diante da amostra, confirmou-se que as doenças cardíacas na região, possuem alta incidência, que muitas vezes necessitam de cuidados intensivos e especialidades.

Como podemos ver as cirurgias de grande porte ocuparam lugar de destaque, acarretando vários problemas e deixando alguns sistemas do corpo humano em falha, levando assim os clientes a necessitarem de cuidados intensivos para equilibrar as funções e propiciar uma melhora do quadro clínico.

O estudo também salienta os traumatismos, um fato relevante e que, na grande maioria, acometem a população em idade laboral. Necessitando uma investigação do que levou-as acontecer.

Diante dos dados mostrados na pesquisa, demonstra que pode estar havendo falha no sistema de atenção primária a saúde ou até mesmo dos usuários, no que tange a prevenção de doenças crônicas e seus agravos, levando-os a desenvolver complicações em decorrência dos agravos que as patologias de base podem levar. Salientando que, no caso das doenças cardíacas e cerebrovasculares, irão necessitar de uma assistência mais complexa, ou seja atendimento de alta complexidade. Elevando desta forma os custos com a atenção á saúde, pois este indivíduo, além de cuidados intensivos, permanecerá por um longo tempo internado assim como necessitará de reabilitação, tanto para doenças crônicas quanto para traumatismos.

Para fechar o trabalho destacamos que houve algumas limitações: ser somente um ano de estudo, só termos focados na causa da internação e desfecho, sem investigarmos as patologias de base e o tempo devido aos percalços nos trâmites do comitê de ética.

## REFERENCIAS

AMIB. **Censo AMIB**: UTI 2016. Disponível em: <[http://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2018/marco/19/Analise\\_de\\_dados\\_Intermediarias.pdf](http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/marco/19/Analise_de_dados_Intermediarias.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2018.

AZEVEDO, Adjane. **Guerra de Enfermagem em unidade de Terapia Intensiva**. Goiânia: 2ª ed, AB,2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 895, de 31 de março de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL, MS. **Resolução MS nº 1071**, de 04 de Julho de 2005. Determinar que a Secretaria de atenção á saúde submeta á consulta publica a minuta da politica Nacional de atenção ao paciente crítico. Brasília, 2005.

CALDEIRA, Vanessa Maria Horta et al. Critérios para admissão de pacientes em unidade de terapia intensiva e mortalidade. São Paulo: **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2010, vol.56, n.5, pp. 528-534.

CONNELL, R. W. (1995). Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, 20, 185-206.

DALMASSO, Gabriela Liuzzi, **Uma contribuição da Arquitetura para a Humanização da Unidade de Tratamento Intensivo**. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2005.

FIGUEIREDO, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10, 105-109.

GOMES, Alice Martins, **Enfermagem na unidade de terapia intensiva – 3 ed**. São Paulo: E.P.U, 2008

HORTA, Vanda de Aguiar; **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. (1 de JUNHO de 2017). **IBGE**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>> . Acesso em: 03 fev. 2018,

KAWAMOTO, Emilia Emi e Julia Ikeda Fortes. **Fundamentos de enfermagem**. 2 ed, São Paulo : EPU, 1997.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed.- São Paulo : Atlas, 2010

LIMA, Manolita Correa, **Monografia**: a engenharia da produção acadêmica 2ªed ver atualizada. São Paulo: saraiva 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3.432, de 12 de agosto de 1998**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br> Acesso em: 02 out. 2017.

MORTON, Patricia Gonce, **cuidados críticos de enfermagem**: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

NASCIMENTO, Hemilaine M, ALVES, Janaína Suellen, MATTOS Luana A. D, **humanização no acolhimento da família dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. lins-SP: Unisaesiano, 2014

NETO,Álvaro Réa, CASTRO, José Eduardo C. , KNIBEL Marcos Freitas, OLIVEIRA Mirella Cristine, **GUTIS - Guia da UTI Segura - 1ª ed** -- São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira - 2010.

OLIVEIRA, Sheila gemelli de; WIBERLINGER, Lia Mara; LUCA; Raquel Del. **Traumatismo cranioencefálico: uma revisão bibliográfica**. 2005. Disponível em: <<http://www.wgate.com.br>> Acesso em: 13 dez. 2018.

PIRAS, Cláudio et al. Estudo Epidemiológico do TCE em Unidade de Terapia Intensiva Geral como Resultado da Adesão ao Latin American Brain Injury Consortium\* . 2004. 164-169 p. artigo científico (ARTIGO MEDICINA INTENSIVA)- **RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva**, SÃO PAULO, 2004.

POLIT, Denise F, Beck, Cheryl T, Hungler, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização – 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P.A; PERRY, A.G; **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro : Elsevier, 2005.

QUEVEDO, Maria Jucelda. **Internações em UTI por Trauma Cranioencefálico (TCE) na Cidade de Porto Alegre** . 2009. 32 f. MONOGRAFIA (Graduação em enfermagem)- Faculdade federal do Rio Grande do Sul, PORTO ALEGRE -RS, 2009. 1.

SCHETTINO, G. TERAPIA INTENSIVA. In: Alfredo Salim Helido e Paulo Kauffman (orgs.) , **Historia, cultura e praticas correntes da medicina**. São Paulo : Nobel, 200. 553

Silva, Alcion A. **Praticas clinicas baseadas em evidencias na área da saúde**. São Paulo: Santos Editora, 2009.

SILVA, Janaina M. S. et al. Perfil dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário. **Rev. do Hospital Universitário/UFMA**, v.9, n.2, p.37-41, jul./dez. 2008.

TIMBY, Barbara Kuhn ; **Enfermagem Medico-cirurgica** ; [tradução Marcos Ikeda] – 8. Ed. Ver. E ampl. – Barueri, SP : Manole, 2005.

UENISHI, Elisa Kaori **Enfermagem médico-cirurgião em unidade de terapia intensiva**. 7ª ed.- São Paulo: editora Senac São Paulo, 2006.

ZIMMERMAN JE, Kramer AA, Douglas SM, Malila FM. **Acute Physiology and Cronic Health Evaluation**. 2006; 34(5): 1297-310.



## **APÊNDICES**

## APENDICE 1 : TABELA DE CAUSA PRIMARIA DE INTERNAÇÃO

Tabela : Causa primária de internação

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	ACIDENTE OFÍDICO	1	,3	,3	,3
	AFOGAMENTO	1	,3	,3	,6
	ANEMIA	1	,3	,3	,9
	ARRITMIA CARDÍACA	1	,3	,3	1,2
	ATELECTASIA	1	,3	,3	1,5
	AVCI	32	9,5	9,5	11,0
	AVCH	21	6,3	6,3	17,3
	BLASTOMICOSE	1	,3	,3	17,6
	BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR	1	,3	,3	17,9
	CÂNCER	14	4,2	4,2	22,0
	CHOQUE CARDIOGÊNICO	2	,6	,6	22,6
	CHOQUE HIPOVOLÊMICO	4	1,2	1,2	23,8
	CHOQUE SÉPTICO	7	2,1	2,1	25,9
	CIRROSE	1	,3	,3	26,2
	COLECISTITE AGUDA	1	,3	,3	26,5
	CRISE HIPERTENSIVA	3	,9	,9	27,4
	CRISE CONVULSIVA	2	,6	,6	28,0
	DPOC	23	6,8	6,8	34,8
	DOENÇA CORONARIANA	1	,3	,3	35,1
	DOENÇA DE CHAGAS	2	,6	,6	35,7
	ECLÂMPSIA	1	,3	,3	36,0
	EDEMA AGUDO DE PULMÃO	3	,9	,9	36,9

ENCEFALOPATIA CETOACIDÓTICA	1	,3	,3	37,2
ESTENOSE AÓRTICA	1	,3	,3	37,5
PAF	1	,3	,3	37,8
FIBRILAÇÃO ATRIAL	1	,3	,3	38,1
FRATURA DE FÊMUR	4	1,2	1,2	39,3
FRATURA DE VERTEBRA TORÁCICA	2	,6	,6	39,9
H1N1	2	,6	,6	40,5
HIV	2	,6	,6	41,1
IAM	56	16,7	16,7	57,7
ICC DESCOMPENSADO	13	3,9	3,9	61,6
ITU	1	,3	,3	61,9
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	3	,9	,9	62,8
MALÁRIA	1	,3	,3	63,1
MIOCARDITE	1	,3	,3	63,4
PANCREATITE	1	,3	,3	63,7
PÉ DIABETÍCO	1	,3	,3	64,0
PIELONEFRITE	2	,6	,6	64,6
PNM BACTERIANA	23	6,8	6,8	71,4
PNEUMOTORAX HIPERTENSIVO	1	,3	,3	71,7
PNM + ICC	1	,3	,3	72,0
PNM	1	,3	,3	72,3
PO CISTO HEMÁTICO	1	,3	,3	72,6
PO COLECISTECTOMIA	1	,3	,3	72,9
PO COLECTOMIA TOTAL	2	,6	,6	73,5
PO DECORTICAÇÃO PULMONAR	1	,3	,3	73,8

PO DISSECÇÃO DE CISTO	1	,3	,3	74,1
PO HERNIORRAFIA INCISIONAL	1	,3	,3	74,4
PO HISTERECTOMIA TOTAL	1	,3	,3	74,7
PO DE JEJUNOILEOLECTOMIA	1	,3	,3	75,0
PO LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA	15	4,5	4,5	79,5
PO RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	1	,3	,3	79,8
SEPSE SEVERA	28	8,3	8,3	88,1
SÍNDROME CORONARIANA	2	,6	,6	88,7
TCE	35	10,4	10,4	99,1
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	1	,3	,3	99,4
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	1	,3	,3	99,7
HEMOTÓRAX	1	,3	,3	100,0
Total	336	100,0	100,0	

## APENDICE 2: DIAGNOSTICO FINAL

Tabela : Diagnóstico final

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	ANEMIA	3	,9	3,4	3,4
	ASMA BRÔNQUICA	1	,3	1,1	4,5
	AVCI	1	,3	1,1	5,6
	BLASTOMICOSE	1	,3	1,1	6,7
	CARDIOPATIA	1	,3	1,1	7,9
	CHOQUE CARDIOGÊNICO	1	,3	1,1	9,0
	CHOQUE HIPOVOLÊMICO	1	,3	1,1	10,1
	DPOC	7	2,1	7,9	18,0
	DPOC + ICC	1	,3	1,1	19,1
	EDEMA PULMONAR	1	,3	1,1	20,2
	EMBOLIA PULMONAR	1	,3	1,1	21,3
	HEMORAGIA INTRAPARENQUIMATOSA LOCALIZADA	1	,3	1,1	22,5
	HEMORRAGIA	1	,3	1,1	23,6
	HEMORRAGIA DIGESTIVA	2	,6	2,2	25,8
	HEMORAGIA SUBARACNÓIDE	1	,3	1,1	27,0
	HIPERTENSÃO INTRACRANIANA	1	,3	1,1	28,1
	HIV	1	,3	1,1	29,2
	IAM	2	,6	2,2	31,5
	ICC	9	2,7	10,1	41,6
	ICC + ANEMIA	1	,3	1,1	42,7
	ICC + IRC	6	1,8	6,7	49,4

	INSUFICIÊNCIA RENAL	3	,9	3,4	52,8
	INSUFICIÊNCIA VASCULAR	1	,3	1,1	53,9
	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	1	,3	1,1	55,1
	IRA	1	,3	1,1	56,2
	IRA + CRISE CONVULSIVA	1	,3	1,1	57,3
	IRA + PNM	1	,3	1,1	58,4
	IRC	1	,3	1,1	59,6
	LEUCEMIA	2	,6	2,2	61,8
	MASSA EXPANSIVA DE MEDIÁSTINO	1	,3	1,1	62,9
	NEOPLASIA BENIGNA DE CÓLON	1	,3	1,1	64,0
	PARACOCCIDIOIDOMICOSE	1	,3	1,1	65,2
	PNM	5	1,5	5,6	70,8
	PNM BACTERIANA	4	1,2	4,5	75,3
	PNEUMOTÓRAX	1	,3	1,1	76,4
	POLITRAUMATIZADO	1	,3	1,1	77,5
	PRÉ-ECLÂMPSIA	1	,3	1,1	78,7
	SEPSE	9	2,7	10,1	88,8
	SEPSE SEVERA	6	1,8	6,7	95,5
	SÍNDROME COMPARTIMENTAL	1	,3	1,1	96,6
	TEP	1	,3	1,1	97,8
	TETRAPLEGIA	1	,3	1,1	98,9
	TROMBOSE	1	,3	1,1	100,0
	Total	89	26,5	100,0	
Omisso	Sistema	247	73,5		
Total		336	100,0		

### APENDICE 3: DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Declaro para os devidos fins que a Sociedade Juinense de Diagnostico por Imagem e Medicina Intensiva LTDA, possui infraestrutura adequada para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado " **PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO RETROSPECTIVO**" Realizada pela pesquisadora Pamela Cristina Pereira De Souza e sua Orientadora Leila Jussara Berlet, estão autorizados a utilizá-la.

Juina/MT, de Março de 2018.

---

Assinatura da Sociedade Juinense de diagnostico por imagem e medicina intensiva  
LTDA.  
(Coordenadora Administrativa)

---

Pamela Cristina Pereira De Souza  
CPF:050.450.831-80  
(Pesquisadora)

#### APENDICE 4: DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CUSTOS

Eu, Pamela Cristina Pereira De Souza portadora do RG: 2447894-6 SSP/MT CPF: 050.450.831-80, pesquisadora responsável pela pesquisa " **PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO RETROSPECTIVO** " , sob minha responsabilidade, não irá gerar custo de qualquer natureza para a instituição envolvida, nem tampouco a qualquer participante.

Juina/MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da pesquisadora responsável  
Pamela Cristina P. De Souza.



## **APENDICE 5 :SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO**

### **LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **Ao Coordenador Do Comitê De Ética e pesquisa**

**Sr. (a) Coordenador(a),**

Vimos por meio deste documento, solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado “conhecendo as principais causas de internação na unidade de terapia intensiva do noroeste mato-grossense.”, proposto por Pamela Cristina Pereira De Souza.

A dispensa do uso de TCLE se fundamenta:

- I)** por ser um estudo observacional, retrospectivo, em dados secundários, que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico;
- II)** porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa;
- III)** porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes os pacientes serão identificados apenas através da letra P (de prontuário) seguido de numeração arábica crescente.
- IV)** porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e conseqüentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas

regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Juina/MT, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Atenciosamente,

---

Pamela Cristina Pereira De Souza.  
RG: 2447894-6 SSP/MT  
Celular:(66) 996710912  
Email:Pamela-cristina27@hotmail.com

---

Leila Berlet  
Celular: (21) 999232331  
Email: lberlet@gmail.com

## **APENDICE 6: TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO**

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo conhecer as principais causas de internação na unidade de terapia intensiva no município de Juína/MT. Para tanto, solicito autorização da Sociedade juinense de diagnostico por imagem e medicina intensiva LTDA, que esta localizada na Rua dos beija-flores, nº 100 modulo IV Juína/MT.

A coleta de dados envolvera o uso de prontuários, que serão analisados individualmente. Serão coletados os dados dos prontuários dos pacientes internados de janeiro de 2016 á dezembro de 2017, que estejam corretamente preenchidos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A qualquer momento, a Instituição poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo.

Este projeto passará pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução 466/2012. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes. Todo o material da pesquisa, ficará sob-responsabilidade da pesquisadora Pamela Cristina P. de Souza e sua orientadora Mestre Leila Berlet, após 5 anos será destruído.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para a compreensão das principais causas de internação da UTI e suas relações com a assistência de enfermagem no cuidado crítico. Agradecemos a colaboração, nos colocamos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Juina/Mt, de Março de 2018

---

Administrador(a)

Sociedade juinense de diagnostico por imagem e medicina intensiva LTDA

---

Professora Orientadora  
Me. Leila Berlet.  
Souza.

---

Acadêmica/pesquisadora  
Discente Pamela Cristina P. De

## APENDICE 7 : TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO E COLETA DE DADOS

Sr(a) coordenador(a) da Sociedade Juinense de diagnostico por imagem e medicina intensiva LTDA.

Eu, Pamela Cristina P. De Souza , aluno do curso de bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena (AJES) no Município de Juína - MT, com a participação da orientadora professora mestre Leila Jussara Berlet, venho requerer autorização para realizar coleta de dados, por meio de fichas estruturadas, utilizando prontuários da unidade de terapia intensiva. Estes dados subsidiarão o trabalho intitulado " **PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO RETROSPECTIVO**" Identificar as principais causas de internação na unidade de terapia intensiva de Juína/MT. Assumimos o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- II. Asseguraremos que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Juína/MT, de Março de 2018.

-----  
Assinatura do Pesquisador Responsável

-----  
Assinatura da Sociedade Juinense de diagnostico por imagem e medicina intensiva  
LTDA.

-----  
Assinatura da Orientadora

## APENDICE 8: DECLARAÇÃO DE INICIO DE COLETA DE DADOS

Eu, Pamela Cristina Pereira De Souza, RG: 2447894-6 SSP/MT CPF: 050.450.831-80, devidamente matriculada no Curso de bacharelado em enfermagem com n° de matricula 00001020, o pesquisador responsável pelo Projeto de Pesquisa " **PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO RETROSPECTIVO.**", que tem por objetivo primário identificar as causas de internação da unidade de terapia intensiva, **declaro que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada** e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de ciências contábeis e de administração do vale do Juruena - AJES, os dados serão coletados.

Por ser verdade, firmo á presente.

Juina/MT, de Março de 2018.

---

Pamela Cristina Pereira De Souza  
(Pesquisador Responsável)

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 : PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

ASSOCIAÇÃO JUIENSE DE  
ENSINO SUPERIOR DO VALE  
DO JURUENA - AJES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONHECENDO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO NOROESTE MATO-GROSSENSE.

**Pesquisador:** Leila Jussara Berlet

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 96198818.1.0000.8099

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO JUIENSE DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO JURUENA-

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.857.677

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa apresentado pela professora-pesquisadora LEILA JUSSARA BERLET, relativo ao Projeto de pesquisa apresentada pela acadêmica PAMELA CRISTINA PEREIRA DE SOUZA ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade do Vale do Juruena, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob o título CONHECENDO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO NOROESTE MATO-GROSSENSE.

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, são os objetivos da Pesquisa: