



**FACULDADE MARIA MILZA  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LAIS FONSECA CAMPOS**

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES  
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO**

**CRUZ DAS ALMAS-BA  
2011**

**LAIS FONSECA CAMPOS**

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES  
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Maria Milza como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof Suiane Costa Ferreira  
Orientador

**CRUZ DAS ALMAS-BA  
2011**

### Dados Internacionais de Catalogação

C198p	<p>Campos, Lais Fonseca</p> <p>Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes de uma unidade de terapia intensiva em um hospital público/ Lais Fonseca Campos. – Governador Mangabeira – Ba, 2016.</p> <p>46 f.</p> <p>Orientadora: Profa. Suiane Costa Ferreira</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Maria Milza, 2016.</p> <p>1. Unidade de Terapia Intensiva. I. Ferreira, Suiane Costa. II. Título.</p> <p>CDD 616.025</p>
-------	---

**LAIS FONSECA CAMPOS**

**PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES  
DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM  
HOSPITAL PUBLICO**

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA DE APRESENTAÇÃO**

---

Prof<sup>a</sup>. Suiane Costa Ferreira  
Orientador

---

Nome do componente  
Instituição

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Andréa Jaqueira da Silva Borges  
Famam

**CRUZ DAS ALMAS – BA  
2011**

Dedico este trabalho a minha mãe, exemplo de mulher, que sempre lutou para que eu realizasse os meus sonhos, ao meu Pai um homem excepcional que apesar de seus defeitos é humano, e com certeza o seu amor está por cima de qualquer coisa. A ele devo a pessoa que me tornei. Sou grata por todo o apoio de vocês nessa minha caminhada e sei que sozinha, não teria conseguido.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças, iluminando meu caminho para que eu pudesse concluir mais essa etapa

A minha querida avó (In memoriam), que tanto orou por mim, tanto torceu pelo meu sucesso , e que neste momento ao lado do Pai sei que está feliz .

A meu irmãozinho, por todo o seu carinho e admiração, e por sempre compreender as minhas ausências e meus estresses.

A Leandro, meu amor, esse eu fico sem palavras, o seu apoio, a sua força, compreensão e incentivo foram essenciais ao longo da minha jornada. Obrigada pela sua paciência, pelo carinho e companheirismo não sei se teria conseguido sem você.

Não poderia esquecer-se de agradecer a meus Padrinhos pela confiança, respeito e acima de tudo por acreditar em minha capacidade.

As minhas amigas, Maria Stela, Mara, Camila e Rosana, obrigado por tudo meninas, a força e compreensão de vocês foi de fundamental importância para a conclusão deste trabalho.

A Prof<sup>a</sup> Suiane pela paciência, entendendo muitas vezes as minhas inseguranças, estando sempre ao meu lado me incentivando, e dando forças quando eu pensava que nada daria mais certo. Obrigada por tudo Sui, fico sem palavras pra te agradecer.

A Prof<sup>a</sup> Andréa Jaqueira por contribuir para o enriquecimento desse trabalho.

A coordenadora Jane Lara, por todo o incentivo.

Ao USF Parteira Sofia pela imensa contribuição na minha profissão, por todo o acolhimento durante todo o período do estágio e até depois, pelos conhecimentos adquiridos e compartilhados com o qual só contribuíram para o meu amadurecimento tanto profissional quanto pessoal, só tenho a agradecer a toda a equipe, a Enf<sup>a</sup> Cristiane um exemplo de profissional, e as minhas colegas Camila Torres e Fernanda Moura obrigada por tudo vocês me proporcionaram um estágio inesquecível.

Ao Hospital Geral do Estado, pela oportunidade de estagiar num local tão enriquecedor como este, aos meus pacientes pela confiança e credibilidade, pois só através de vocês foi possível vivenciar e praticar os cuidados de Enfermagem.

A todas as Enfermeiras do Centro Cirúrgico, em especial, Virginia, por todos os conhecimentos compartilhados, pela força, pelo incentivo e confiança. Obrigado, vocês contribuíram muito para o meu amadurecimento tanto pessoal quanto profissional.

A minha Preceptora Maria Solemar por ter acreditado no meu potencial e no meu sucesso.

Por fim, gostaria de agradecer aos amigos e familiares pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado meu eterno agradecimento.

## RESUMO

A Unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente de grande importância para os pacientes em situação crítica, com falências orgânicas e instabilidade hemodinâmica, e conhecer o perfil dessa unidade é importante para a melhora da assistência prestada. Este estudo possui como objetivo geral conhecer o perfil dos pacientes internados na UTI de um Hospital público em Salvador, no ano de 2010, e como objetivos específicos: descrever os aspectos clínicos e sociodemográficos dos pacientes internados na UTI adulto no referido ano; verificar os diagnósticos prevalentes que conduziram a admissão na UTI e determinar o tempo de duração de internação, taxa de mortalidade e encaminhamentos pós-saída da UTI. Este estudo possui natureza exploratória, descritiva, retrospectiva de abordagem quantitativa, sendo coletados utilizados dados secundários extraídos do livro de registro da unidade, com ajuda de um roteiro estruturado. A amostra contou com 394 pacientes. Das amostras analisadas, foram encontrados que 55% correspondiam ao sexo masculino. Quanto à origem dos pacientes 33% tiveram origem da unidade de emergência e 33% da clínica médica. Quanto ao perfil clínico, 52% possuíam como diagnóstico a doença renal, 8% possuíam abdome agudo cirúrgico e 6% englobaram as doenças cardiovasculares. Apenas 9% dos pacientes foram admitidos com infecção hospitalar vigente. Quanto ao tempo de permanência constatou-se uma média de 5,5 dias com variação de 1 a 60 dias, salientando que 28% ficaram internados menos de 24 horas. O destino de pacientes pós alta da UTI, foi para clínica médica (38%) e a taxa de mortalidade foi de 24,8%. Conclui-se então que esta pesquisa é de extrema relevância, pois forneceu dados essenciais para os profissionais envolvidos na UTI, e para os gestores do hospital, com a qual poderão construir diagnósticos das necessidades a serem supridas a fim de melhorar o cuidado prestado aos pacientes críticos.

**Palavra-chave:** Unidade de terapia intensiva , perfil , pacientes críticos.



## ABSTRACT

The intensive care unit (ICU) is an environment of great importance for patients in critical condition with organ failure and hemodynamic instability, and knowing the profile of this unit is important for the improvement of health care. This study has aimed to know the general profile of patients admitted to the ICU of a public hospital in Salvador, in 2010, and as specific objectives: to describe the sociodemographic and clinical aspects of adult ICU patients in that year, check the diagnostic prevalent leading to ICU admission and determine the duration of hospitalization, mortality and post-exit referrals from the ICU. This study has an exploratory, descriptive, retrospective quantitative approach being collected secondary data extracted from the register of the unit, with the help of a structured report. The sample consisted of 394 patients. Of the samples were found that 55% were male. Regarding the origin of the patients 33% originated from the emergency department and 33% of the medical clinic. As the clinical profile, 52% were diagnosed as renal disease, 8% had acute surgical abdomen and 6% encompassed cardiovascular disease. Only 9% of patients were admitted to hospital with current infections. As the time spent there it was an average of 5.5 days with variation from 1 to 60 days, noting that 28% were hospitalized for less than 24 hours. The fate of patients after discharge from the ICU, went to medical clinic (38%) and the mortality rate was 24.8%. It is concluded that this research is extremely important because they provide essential information for professionals involved in the ICU, and the managers of the hospital, which can build diagnostics needs to be met in order to improve the care provided to critics patients.

**Keyword:** intensive care unit, profile, critically ill patients.

## LISTAS DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Distribuição percentual dos pacientes admitidos na UTI por sexo, no ano de 2010.....	20
<b>Figura 2:</b> Distribuição percentual dos pacientes admitidos na UTI por sexo separado por mês, no ano de 2010.....	21
<b>Figura 3:</b> Distribuição percentual dos pacientes admitidos na UTI de acordo a origem, no ano de 2010.....	22
<b>Figura 4.</b> Percentual da mortalidade por doenças crônicas no Brasil no ano de 1996 e 2007.....	23
<b>Figura 5:</b> Distribuição segundo o diagnóstico dos pacientes admitidos na UTI, no ano de 2010.....	25
<b>Figura 6.</b> Distribuição percentual, segundo a infecção dos pacientes encaminhados para a UTI no ano de 2010.....	27
<b>Figura 7.</b> Distribuição percentual segundo diagnóstico de infecção hospitalar nos pacientes admitido na UTI, separados por mês, no ano de 2010.....	28
<b>Figura 8.</b> Distribuição percentual segundo o tempo de permanência dos pacientes na UTI, no ano de 2010.....	29
<b>Figura 9.</b> Distribuição percentual segundo o destino dos pacientes após alta da UTI, no ano de 2010.....	30

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Perfil dos pacientes admitidos na UTI, do hospital público estudado, no ano de 2010.....	31
---	----

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
2.1 SAÚDE E CUIDADO .....	12
2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: aspectos gerais .....	14
2.2 PERFIL DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL .....	17
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
3.1 TIPOS DE PESQUISA .....	19
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	19
3.3 LOCAL DO ESTUDO .....	20
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	20
3.5 CRITÉRIOS ÉTICOS .....	21
3.6 ANÁLISE DE DADOS .....	22
<b>4 RESULTADOS E DISCURSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>41</b>
APENDICE A Formulário para coleta de dados .....	25
<b>ANEXOS</b> .....	<b>44</b>
ANEXO A Ofício de Apresentação na Instituição .....	45
ANEXO B Parecer .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente de grande importância para os pacientes em situação crítica, com falências orgânicas e instabilidade hemodinâmica. É um local onde se realiza procedimentos de alta complexidade, contendo infra-estrutura adequada, tecnologias avançadas e profissionais qualificados que realizam o tratamento adequado voltado ao restabelecimento hemodinâmico dos pacientes críticos.

Segundo o Ministério da Saúde, Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, a Unidade de Terapia Intensiva é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia continuada ao paciente (BRASIL, 2010)

Essa resolução também preconiza um quantitativo mínimo de profissionais para atuar na terapia intensiva, sendo a mesma composta de no mínimo um médico diarista/rotineiro para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutinos e vespertinos, um médico plantonista para cada dez leitos em cada turno, e um enfermeiro para cada oito leitos em cada turno, dentre outros profissionais como fisioterapeutas sendo no mínimo um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação, 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 possuindo também um auxiliares administrativo exclusivo da unidade.

Nas UTI's o profissional de enfermagem tem um papel assistencial fundamental, lidando diretamente no cuidado do paciente grave e supervisão da equipe, além de se constituir como elo de ligação entre os demais profissionais da equipe multidisciplinar.

A natureza dos pacientes admitidos numa UTI é muito variável, pois depende de múltiplos fatores, como o perfil pré-estabelecido da unidade, a demanda da região, o perfil epidemiológico da área de abrangência do hospital.

Nesse sentido faz-se necessário que os profissionais de saúde e principalmente os gestores conheçam o perfil da população que tem sido atendido

na UTI para assim oferecer um serviço que se adeque às reais necessidades da população e obtenha uma assistência de qualidade.

Nesse contexto, o interesse em estudar o perfil dos pacientes da terapia intensiva de um hospital público surgiu a partir da minha experiência pessoal no cuidado de familiares que ficaram internados em uma UTI, e a observação da diversidade presente nesta unidade que refletia diretamente na assistência prestada pelos profissionais intensivistas, atrelada às discussões acadêmicas realizadas durante o quinto semestre na disciplina Saúde do Adulto e sua visita técnica realizada numa UTI de um hospital público no município de Cruz das Almas, onde pude aliar minhas discussões teóricas às práticas realizadas, o conhecimento de equipamentos e materiais específicos do cuidado ao paciente crítico e o cotidiano do serviço.

Assim o estudo traz como questão norteadora: qual o perfil clínico sociodemográfico dos pacientes que são atendidos na UTI adulto de um Hospital público na cidade de Salvador - BA?

Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo geral conhecer o perfil dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público em Salvador, no ano de 2010, e como objetivos específicos: descrever os aspectos clínicos e sociodemográficos dos pacientes internados na UTI adulto no referido ano; verificar os diagnósticos prevalentes que conduziram a admissão na UTI e determinar o tempo de duração de internação, taxa de mortalidade e encaminhamentos pós-saída da UTI.

Sendo assim, acredita-se que essa pesquisa possui fundamental importância para a organização do serviço prestado na UTI e conseqüentemente uma melhor gestão do hospital, pois ao conhecer o perfil e a real demanda dos pacientes internados na unidade, surgem possibilidades de oferecer uma assistência específica ao público atendido, otimizando recursos materiais e humanos, com melhora da relação custo-benefício além de reconfigurar o cuidado prestado pelos enfermeiros intensivistas, auxiliando no processo de cura.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 SAÚDE E CUIDADO

Segundo OMS (1946), a saúde é definida como conjunto de fatores onde é observado o bem-estar físico, mental e social do indivíduo como um todo, não sendo apenas definido pela ausência de doenças, portanto é de fundamental importância avaliar a saúde com uma visão holística, desde sua condição física, clínica e emocional.

Para tentar contribuir para a manutenção ou o restabelecimento da saúde do indivíduo ou da população, a enfermagem tem como essência da profissão, o cuidado.

O cuidado requer conhecimento do outro ser. Assim, “o cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do outro e de responder a elas de forma adequada” (WALDOW, 2001, p.134).

O cuidar é um processo de conhecimento do ser humano e de suas fragilidades, e por isso, o cuidador deve possuir um olhar crítico, avaliando e identificando as necessidades daqueles que nem sempre podem falar o que sente, tentando supri-las, respondendo de forma positiva, buscando sempre a autonomia do sujeito cuidado.

Para Boof (1999) o cuidar é um ato de atitude, de interesse pela vida do próximo, indo além do mecânico, representando uma “atitude” de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo, demonstrando assim um real interesse com o paciente tratando não apenas a doença mais sim, o paciente como um todo, avaliando e minimizando os seus receios, medos e insegurança.

Diante do exposto, Potter (2004) afirma que o cuidado em saúde deve ser enfocado na promoção da saúde, visando o bem estar do paciente, agindo assim na prevenção de doenças. Os cuidados na promoção da saúde podem estar relacionados a uma boa nutrição, ambiente saudável e confortável, sentimento de segurança, prevenção de doenças através de imunizações ou por meio de métodos assépticos realizados pelos profissionais, entre outros.

Waldow (2001) ressalta ainda que a finalidade do cuidar direcionado à enfermagem tem o dever de aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade do

paciente, buscando meios para facilitar aquele momento difícil em que o paciente se encontra, controlando os medos entre o viver e o morrer, e suas ansiedades.

As pressões do trabalho e a responsabilidade do dia a dia acabam sobrecarregando muitos profissionais de saúde, que exercem um trabalho mecânico, se distanciando cada vez mais do paciente e limitando-se ao técnico, observando apenas a doença e não o doente. Sabemos que, para além disso, devemos prestar um cuidado humanizado para aquele paciente que se encontra debilitado necessitando de cuidados, mas não apenas com a sua patologia, mas com o ser humano complexo, indiviso, havendo possibilidade de pequenos diálogos, escutando a sua dor e valorizando os seus sentimentos.

Diante do exposto, Vila e Rossi (2002) ressaltam que em um ambiente como as unidades de terapia intensiva, os profissionais de enfermagem encontram dificuldades para atuar seguindo os preceitos humanizados, pois atuam muitas vezes com pacientes inconscientes, com múltiplos aparelhos de alta tecnologia e técnicas muito avançadas, o que acaba por redirecionar a atenção dos profissionais.

Ouve-se muito falar em humanizar, cuidar, dialogar, que as ações são simples e que cabe a toda equipe de enfermagem adotar essa postura, porém existe uma certa resistência a isso, e as pessoas acabam se acostumando em serem frios, em cuidar apenas da doença, em olhar para o paciente e ver apenas as técnicas de enfermagem que precisam ser realizadas, esquecendo do sujeito que precisa do cuidado.

O cuidado está ligado a pequenas ações, simples toques, atos de solidariedade, um olhar de compreensão, ajuda, apoio; a pessoa que cuida acaba ficando íntima ao sofrimento alheio, assim vale ressaltar que o cuidado enquanto essência da enfermagem, deve ser praticada diariamente, continuamente, independente do caso do paciente ou patologia (WALDOW, 2001).

Para Potter (2004), a doença nunca pode ser considerada como um fato isolado. O paciente e a família estão ligados nas alterações da doença e tratamento, cada paciente possui suas particularidades e acabam respondendo de maneiras diferentes frente a diversas situações, assim, o cuidado de enfermagem deve estar preparado para perceber as diferenças, alterações de comportamento e intervir respondendo positivamente à qualquer situação, respeitando as individualidades.

Humanizar em UTI significa cuidar do paciente como um todo, analisando a sua patologia e fatores relacionados, englobando o contexto familiar, associando os



valores, os aspectos culturais e religiosos, as condições socioeconômicas, pois um indivíduo é diferente do outro, cada um acredita numa possibilidade, reagindo de maneira oposta frente a diversos tipos de situações (CHEREGATTI ; AMORIM, 2010).

Cabe ao enfermeiro adotar medidas que possam minimizar a ansiedade dos pacientes e de seus familiares, procurando ter sempre um diálogo aberto, interativo, fornecendo condições para que todos possam aceitar e entender a situação por mais difícil que seja (SILVA, 2004).

É válido ressaltar ainda que o processo do curar está relacionada ao atendimento das necessidades fisiológicas e restabelecimento da hemodinâmica do paciente, enquanto o processo do cuidador busca atender o paciente de forma humanizada, satisfazendo suas necessidades humano-sociais, escutando-o, tentando compreender sua singularidade (WALDOW, 2006).

O curar tem fim com o término da doença ou perde seu sentido quando o paciente não tem mais prognóstico de cura, enquanto o cuidar permanece como um processo contínuo para manter o bem-estar do indivíduo, acompanhando o ser humano do nascimento até a morte. O cuidado, portanto, auxilia no processo de cura, acelerando-o e tornando-o menos traumático.

## 2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: aspectos gerais

A Unidade de Terapia intensiva é o local para onde são encaminhados os pacientes em situação grave que necessitam dos cuidados de enfermagem e médicos especializados, em tempo integral, havendo uma atenção única e especializada, para que quando houver qualquer tipo de intercorrência haja equipamentos, medicamentos e profissionais próximos para prestar um atendimento rápido e evitar qualquer tipo de agravo (MURTA, 2006).

O Centro de tratamento intensivo possui uma dinâmica operacional bastante diferenciado de outros serviços hospitalares, principalmente devido à complexidade dos serviços prestados, sendo um ambiente com equipamentos específicos para

pacientes em uma situação crítica, havendo, diferente de outras áreas hospitalares, uma monitoração contínua conciliando tecnologia avançada com qualidade de assistência 24 horas (BARRETO, 1993).

A UTI deve ser localizada em uma área geográfica distinta dentro do hospital, possuindo um acesso controlado, não havendo ligação com outro departamento e sua localização deve ser de acesso direto, para que facilite a entrada de pacientes críticos e evite circulação de profissionais de outra área hospitalar. O posto de enfermagem deverá está localizado no centro, permitindo a visualização constante, sendo obrigatório haver um posto para cada 12 leitos (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Os pacientes que se encontram internados em UTIs apresentam limitação na sua própria capacidade de tomar decisões, tornando-se vulneráveis às diversas aplicações de terapêuticas, muitas vezes seu quadro agrava, ultrapassando assim a capacidade de recuperação em virtude da gravidade de sua patologia (Batista et al. , 2009).

A UTI é, tanto para os profissionais que atuam nela, quanto para os pacientes e familiares, um ambiente agressivo, tenso e traumatizante. Os fatores presentes geram estresse, cansaço físico e mental na equipe, pois lidam constantemente com a presença de mortes, com freqüentes situações de emergência, o ruído constante das aparelhagens, o sofrimento dos familiares, dentre outras situações que só afetam quem vivencia esta realidade (CORONETTI et al., 2006).

Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006) afirmam que a grande maioria dos profissionais da equipe de enfermagem sente prazer em cuidar de pacientes graves, porém os mesmos vivenciam constantemente sofrimentos intensos não só pela realização de procedimentos complexos, mas também por manipular inúmeros equipamentos no seu dia a dia e realizar todas as atividades com iniciativa, rapidez e livre de qualquer erro, pois isso poderia implicar na morte do paciente. Toda essa ansiedade, esse medo de errar, a enorme responsabilidade, acaba afetando tanto profissional quanto a equipe.

Os objetivos da UTI são proporcionar condições adequadas para atendimento imediato às instabilizações hemodinâmicas do paciente crítico, visando monitorar continuamente diversos parâmetros a fim de realizando uma intervenção imediata (MURTA, 2006).

Desta forma, Balsanelli, Cunha e Whitaker (2008) afirmam que em uma UTI os profissionais de enfermagem devem ter competência para identificar e intervir nas alterações fisiológicas dos pacientes, conhecimentos para utilizar os recursos tecnológicos que o impõe nesse ambiente sendo um coordenador da assistência prestada, zelando pela manutenção e organização do ambiente, junto com os demais profissionais de sua equipe, existindo sempre disciplina, empenho e principalmente dedicação nas atividades que realiza.

Segundo Knobel (2000), a assistência de enfermagem a pacientes criticamente enfermos visa contribuir com a monitoração contínua a beira do leito, buscando precocemente parâmetros que indiquem gravidade ou reabilitação, mantendo assim, uma visão holística do paciente, e uma ação imediata á qualquer alteração observada, preservando a vida e a saúde numa assistência mais qualificada.

Para alcançar essa assistência mais qualificada, se faz necessário também que se conheça o perfil da população atendida para que todas as ações/procedimentos sejam direcionadas para as suas reais necessidades.

Assim, entende-se a importância que os profissionais de Enfermagem possuem frente as Unidade de Terapia Intensiva, prestando atendimento ao paciente enfermo que necessita de cuidados constantes e contínuos, de caráter integral e holístico, analisando e avaliando o paciente desde suas condições física, emocionais, corporais e biológicas.

### 2.3 PERFIL DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO BRASIL

No Brasil, as primeiras UTIs implantadas foram na década de 1970, se tornando unidades especializadas para atender pacientes com alto grau de complexidade. Para isso, foi necessário uma área hospitalar adequada, aquisição de equipamentos e profissionais cada vez mais especializados para tentar manter ou prolongar a vida desses pacientes críticos que necessitavam de cuidados contínuos (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Kimura et al. (2007) afirmam que as primeiras UTIs foram implantadas com o objetivo de centralizar todos os pacientes graves e instáveis em uma determinada área hospitalar contendo recursos humanos, equipamentos e materiais específicos para prestar o cuidado desses pacientes.

Sendo assim, Tranquitelli e Ciampone (2007) afirmam que, com o surgimento das unidades de terapia intensiva, os pacientes graves passaram a ter mais chance de sobrevivência, um tratamento mais adequado, e uma assistência mais qualificada, passando a utilizar recursos que até então não existiam.

Assim, as unidades de terapia intensiva foram se aperfeiçoando com o passar do tempo, determinando a importância da equipe multidisciplinar, adotando métodos assépticos contra as infecções e construindo um local único, adaptável para pacientes com falências orgânicas e sistêmicas, possuindo meios na tentativa de prolongar a vida.

Tranquitelli e Ciampone (2007) ressaltam ainda que com o tempo, a partir da década de 80, começou haver uma divisão dos pacientes por setores, separando por sua patologia, grau de complicação e risco, dando aos pacientes uma infraestrutura adequada e um cuidado mais especializado, contribuindo para a diminuição das infecções e para uma maior qualidade de assistência, atendendo a todos, porém individualizando as suas necessidades.

Para Kimura, Koizumi, Martins (1997) existe uma certa diversidade entre as unidades de terapia intensiva no Brasil, visto que os recursos como ambiente físico, recursos humanos e materiais, podem influenciar na qualidade da assistência, podendo-se notar diferenças entre as diversas cidades e estados.

De acordo com os dados exposto no Ministério da Saúde, (OMS, 2003) a região sudeste possui 6.248 leitos de UTI, o Sul 2.396, a região Nordeste 1.923, Centro-Oeste 955, e o Sul 367 leitos, distribuídos entre unidades públicas, privadas e universitárias. Observa-se que a quantidade de leitos de UTI varia, e mostram-se totalmente diferentes, isto se dá pela necessidade de cada região, sendo avaliados as condições sócio-econômicas e o perfil epidemiológico dos pacientes, quanto as suas maiores demandas.

Almeida (2006) acrescenta que a média brasileira de leitos de UTI está em torno de 2,64% dos leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul a 0,22% em Rondônia.

A Associação de Médicos Intensivistas Brasileiros (AMIB, 2009) constatou que 95,5% das UTIs brasileiras são mista, 27,1% Neonatal, e 16,1% pediátrica, 9,6% coronariana, 4,0% clínica, 3,2% cirúrgica e 0,6% para queimados, tendo como quantidade de leitos totais 25.367. Isto mostra um déficit no nosso sistema de saúde visto que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) preconiza que haja 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes, sendo assim o perfil da unidade de terapia intensiva no Brasil é decadente pois dados da AMIB comprovam que há uma cobertura satisfatória para apenas 48,1% da população em leitos por 10.000 habitantes.

Estudos comprovam que os maiores motivos de internação no Brasil, são insuficiência respiratória por infecção pulmonar e choque séptico e as comorbidades mais comum são neoplasias avançadas e doenças cardíacas avançadas, sendo necessária uma maior atenção e cuidados a estes pacientes visto que, são complicações de maiores incidências e óbitos (BITENCOURT, et al. 2007).

O perfil da Unidade de Terapia Intensiva atende uma demanda diferenciada, variando de região para região, com relação a faixa etária, patologia, grau de complexidade da unidade, presença de quantitativo ideal de profissionais e outros, onde se percebe que a maioria dos pacientes sofrem de insuficiência respiratória e cardíaca. Observa-se ainda que a situação econômica da região e as políticas públicas influenciam muito na qualidade de assistência prestada na terapia intensiva.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

A especificidade da temática levou a optar pela realização de uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, retrospectiva, de abordagem quantitativa.

Segundo Gil (2002), o estudo exploratório permite medir ou quantificar variáveis a partir de amostras numéricas e padrões numéricos relacionados a fatos do cotidiano de uma determinada população.

Para Andrade (2005), uma pesquisa descritiva analisa os fatos registrados, observando e classificando-os sem que o pesquisador interfira nos resultados deles, podendo ser relacionado a uma determinada população ou fenômeno separando por sexo, idade, cor entre outros.

O estudo retrospectivo investiga algo que já aconteceu, olhando para trás, observando e analisando aspectos do passado, sendo os sujeitos selecionados pela presença de um desfecho (DYNIEWICZ, 2009).

Uma pesquisa quantitativa procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, assim como na investigação relacionada à causalidade entre os fenômenos estudados, através de quantificações dos dados, usando para tanto recursos e técnicas estatísticas (NASCIMENTO, 2002).

Nascimento (2002) também ressalta que a estatística é um instrumento de análise de dados extremamente importante numa pesquisa de abordagem quantitativa, ela serve para estabelecer relações entre os fenômenos de natureza mensuráveis fundamentando se na aplicação de probabilidades nas investigações científicas.

### 3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Neste estudo, a população estudada correspondeu a todos os pacientes que foram internados na unidade de terapia intensiva do referido Hospital público da cidade de Salvador, no ano de 2010.

Os dados foram obtidos através do livro de registros existente na unidade, onde as anotações são realizadas pela equipe de enfermagem do setor. Foram observados os dados minuciosamente sendo preservada a identidade do paciente.

Como critérios de inclusão utilizou-se: admissão dos pacientes ocorrida entre janeiro a dezembro de 2010 e os dados da internação deveriam possuir no mínimo informações referentes ao diagnóstico médico, tempo de internamento e sexos do pacientes.

Foram excluídos registros que se encontravam ilegíveis.

### 3.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada numa unidade de terapia intensiva adulto de um Hospital geral na cidade de Salvador, Bahia.

O referido hospital público integra a rede estadual de saúde e presta assistência a indivíduos em situações de urgência/emergência.

Dispõe de 42 leitos de enfermaria ortopédica, 32 leitos de clínica médica, setor de imagem com tomografia computadorizada, ultra-sonografia e raio x, telemedicina no setor de eletrocardiograma.

Para o cuidado aos pacientes críticos, conta também com 5 leitos de terapia intensiva pediátrica e 6 leitos de adulto.

A população tem acesso ao serviço desse hospital através da demanda espontânea e em menor quantidade através da Central Estadual de Regulação.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Os instrumentos são utilizados para a coleta de dados, principalmente, com a finalidade de levantar dados e informações para análise e explicação de aspectos teóricos estudados (MICHEL, 2005).

Nesta pesquisa, foram utilizados dados secundários extraídos do livro de registro da UTI, no período de janeiro a dezembro de 2010.

Segundo Hortmann (2006), os dados secundários são todos aqueles que já foram previamente levantados por outros e que se encontram disponíveis, sendo obtida de maneira inespecífica, porém contando com uma orientação inicial para que o objetivo da pesquisa seja alcançado.

Para a coleta, foi construído um roteiro estruturado (APÊNDICE A) elaborado pela própria pesquisadora baseado nos objetivos do estudo.

### 3.5 CRITÉRIOS ÉTICOS

Inicialmente foi requerido a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Maria Milza (FAMAM) um ofício de apresentação da aluna-pesquisadora para ser entregue na instituição foco do estudo (ANEXO A), para o acesso as informações necessárias na instituição.

Após assinatura do termo de compromisso da instituição participante, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade para apreciação e aprovação, estando fundamentada no parecer de número 238/2011 (ANEXO B).

Após a sua aprovação, houve a realização da coleta de dados na instituição co-participante, vale ressaltar que todos os preceitos éticos determinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitados.

### 3.6 ANÁLISES DOS DADOS

Cervo e Bervian (2002) evidenciam que a análise dos dados é o momento em que o pesquisador entra em uma das fases decisivas na elaboração de um trabalho científico, coletando os dados e registrando informações, analisando e interpretando esses dados para posterior classificação dos mesmos.

Para a análise, os dados foram registrados na base de dados do Programa Excel da versão *Microsoft Office*.

Com o objetivo de organizar e descrever as informações oriundas da pesquisa foram elaborados gráficos e quadro em função de algumas variáveis



envolvidas. Foram calculadas as freqüências absoluta (N) e a relativa (%) para cada uma das variáveis além de estatísticas descritivas como a média.

A presença de tabelas e gráficos numa pesquisa funciona como explicações visuais de caráter quantitativo e descritivo. As tabelas constituem representações numéricas de dados coletados por meio de instrumentos próprios para este fim, os gráficos constituem uma representação visual de categorias, variáveis e tendências, cuja leitura é orientada mais pelas curvas do que por números (CERVO E BERVIAN, 2002)

Dessa forma esta pesquisa se deu por uma análise estatística possibilitando respostas detalhadas dos dados pesquisados, trabalhando dados mensuráveis, exposto por gráficos tornando possível uma interpretação mais objetiva.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

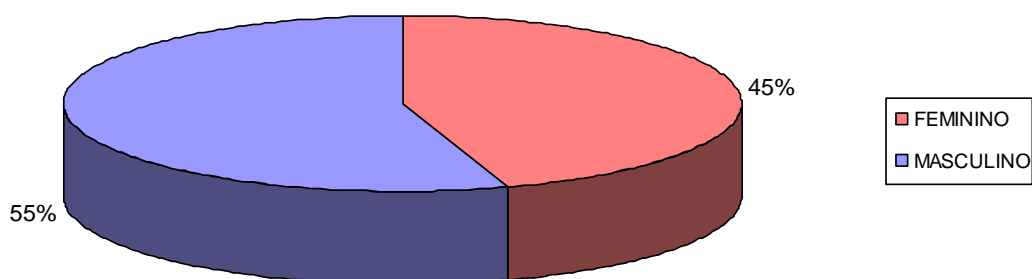
Para Marconi e Lakatos (2005) esta é a parte mais importante da pesquisa, sendo transcrito os resultados sob forma de evidência. Estes resultados se dão segundo a sua relevância, devendo ser apontado por análise estatística correlacionando com a justificativa dos mesmos.

O presente estudo foi realizado com um total de 394 pacientes que deram entrada na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Salvador, no ano de 2010.

Os dados foram obtidos do livro de registro, o que permitiu encontrar resultados que foram apresentados em dois momentos: perfil sociodemográfico e o perfil clínico dos pacientes.

#### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO ANO DE 2010.

Após a coleta dos dados foi observado que do total de pacientes admitidos na UTI, no período previamente determinado, 45% (177) correspondiam a pacientes do sexo feminino e 55% (217) do sexo masculino como é demonstrado na figura 1 abaixo.



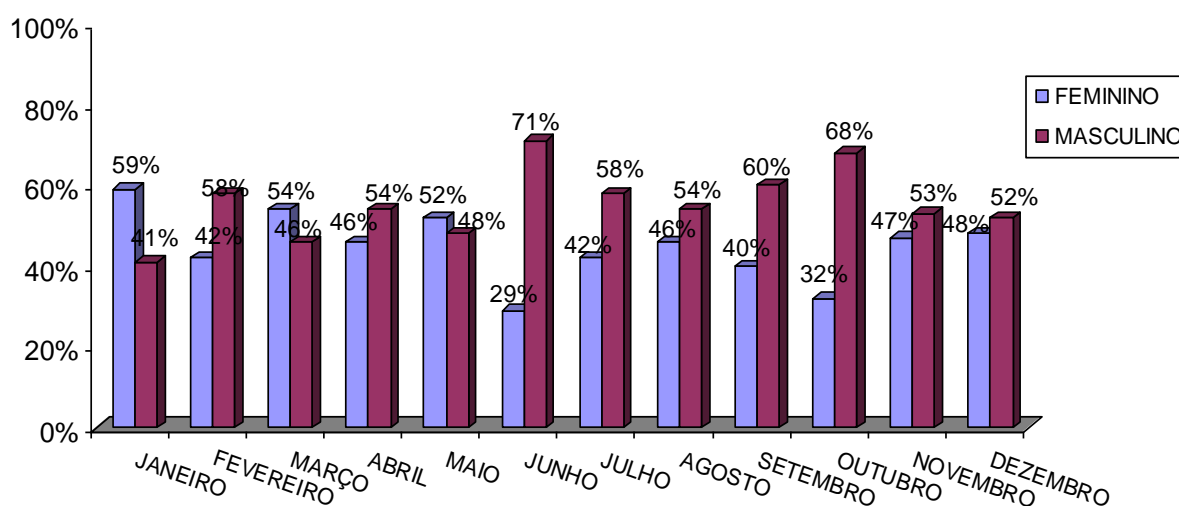
**Figura 1** – Distribuição percentual dos pacientes admitidos na UTI por sexo, no ano de 2010.

Verifica-se uma maior prevalência de pacientes do sexo masculino o que pode ser conseqüência do fato dos homens serem muito pouco cuidadosos com sua saúde estando assim mais suscetíveis ao adoecimento, e, portanto acabam procurando os serviços de saúde em último caso, com o processo de doença já em fase avançada, necessitando de cuidados intensivos para seu restabelecimento.

Costa Júnior e Maia (2009) salientam que de modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde de maneira preventiva realizando exames, e consultas com freqüência e, por isso, há uma situação de saúde desfavorável quando se trata do grupo masculino em relação ao feminino. As mulheres também apresentam mais doenças crônicas do que os homens, porém tais acometimentos são menos severos comparados ao do homem por haver de imediato o tratamento.

Na sociedade contemporânea que vivemos, ser homem está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, características incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, estas representada pela procura freqüente aos serviços de saúde por parte da mulher, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações femininas (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

É possível visualizar na figura 2 que a internação de pacientes do sexo masculino é maioria em quase todos os meses do ano de 2010 na UTI estudada, demonstrando que o adoecimento masculino independe do mês.



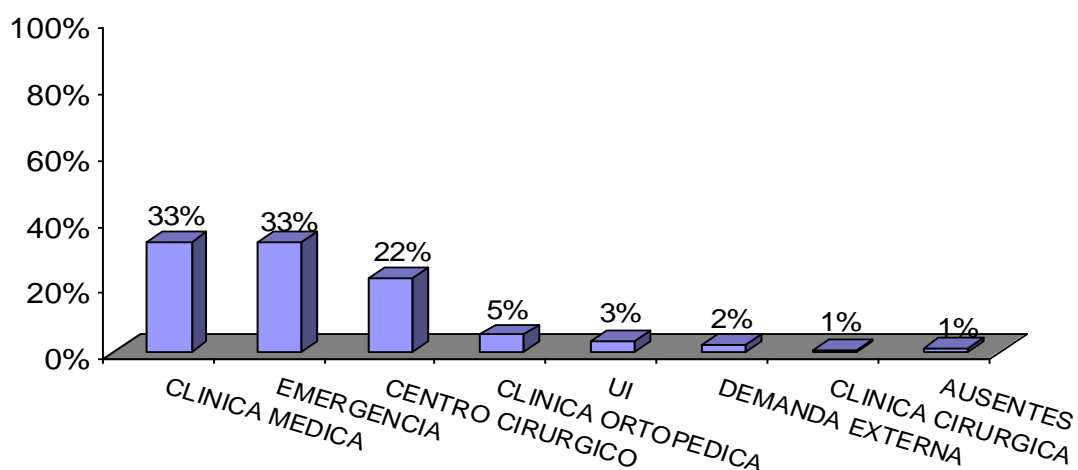
**Figura 2:** Distribuição percentual dos pacientes admitidos na UTI por sexo separados por mês, no ano de 2010.

Não foi possível coletar dados a cerca da idade dos pacientes, pois esta informação não constava no livro de registro, deixando de ser possível analisar a faixa etária dos pacientes cuidados nesta unidade hospitalar.

Quanto à origem dos pacientes, a figura 3 demonstra que 33% (129) dos pacientes tiveram como origem a unidade de emergência, o que se justifica por ser este um hospital especializado em atendimentos de urgência e emergência, onde os pacientes chegam na maioria das vezes com muita dor ou com fraturas, necessitando, muitas vezes, de cirurgias de urgência. Após a realização dessas cirurgias, muitos pacientes instabilizam, havendo a necessidade de realizar seu pós-operatório em unidades intensivas para observação e estabilização do quadro.

Diante do percentual de admissões ocorridas na UTI, Balsanelli, Zanei e Whitaker (2006) afirma que há um maior quantitativo de pacientes que são submetidos a cirurgias de grande porte, podendo evoluir para uma instabilidade hemodinâmica decorrente da patologia de base ou de intercorrências do próprio

procedimento cirúrgico-anestésico como alterações da temperatura, alterações dos níveis pressóricos, arritmias cardíacas, desconforto respiratório, alterações hidroeletrólíticas e ácido-básicas, sangramentos, dentre outras. E, por isso, a admissão na UTI se faz importante para o restabelecimento hemodinâmico desse indivíduo enfermo.



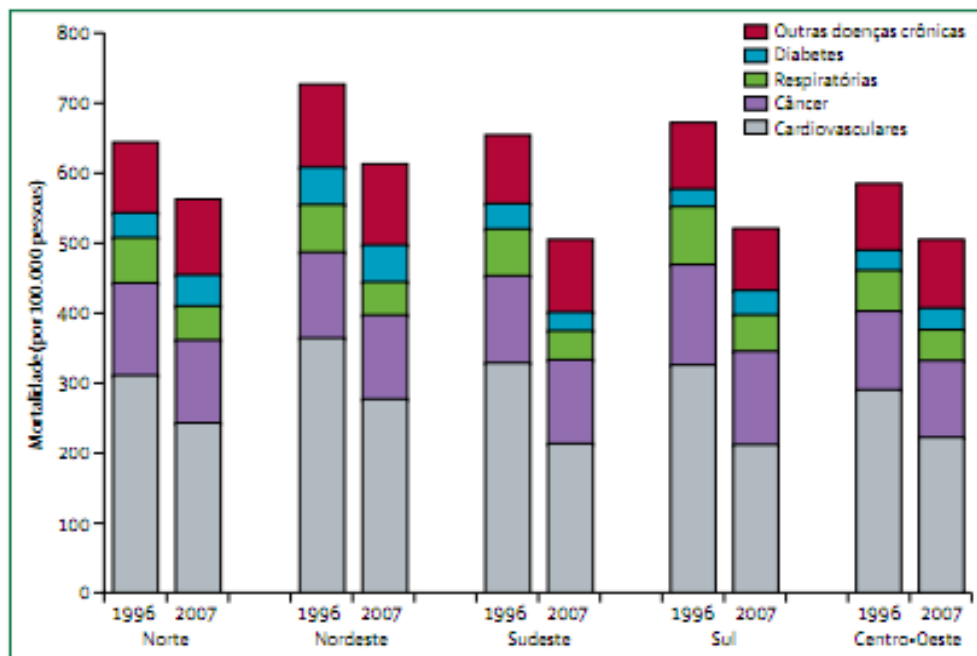
**Figura 3:** Distribuição percentual dos pacientes admitidos na UTI de acordo a origem, no ano de 2010.

Outros 33% (129) da população estudada foi oriunda do setor da clínica médica, estando este fato relacionado à grande predominância de doenças crônicas no Brasil.

Schmidt et al. (2011) trazem que as doenças crônicas são um problema de saúde global e uma ameaça a saúde e ao desenvolvimento humano. Salientam ainda que a carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil e especialmente da região Nordeste.

Nesse contexto, Schmidt e seus colaboradores desenvolveram um estudo que avaliou o índice de mortalidade por doenças crônicas no Brasil entre o ano de 1996 e 2007, constatando que o Nordeste possuiu o maior índice em ambos os anos. Assim, se as taxas de incidência e prevalência de doenças crônicas mantêm-se elevadas no Nordeste, é esperado uma taxa elevada de descompensação dessas doenças e um maior internamento nos hospitais públicos e conseqüentemente nas unidades de clínica médica, como foi identificado nesta pesquisa. O que pode ser visualizado na figura 4 abaixo.

**Figura 4.** Percentual da mortalidade por doenças crônicas no Brasil no ano de 1996 e 2007



Fonte: Revista The Lancet, maio 2011.

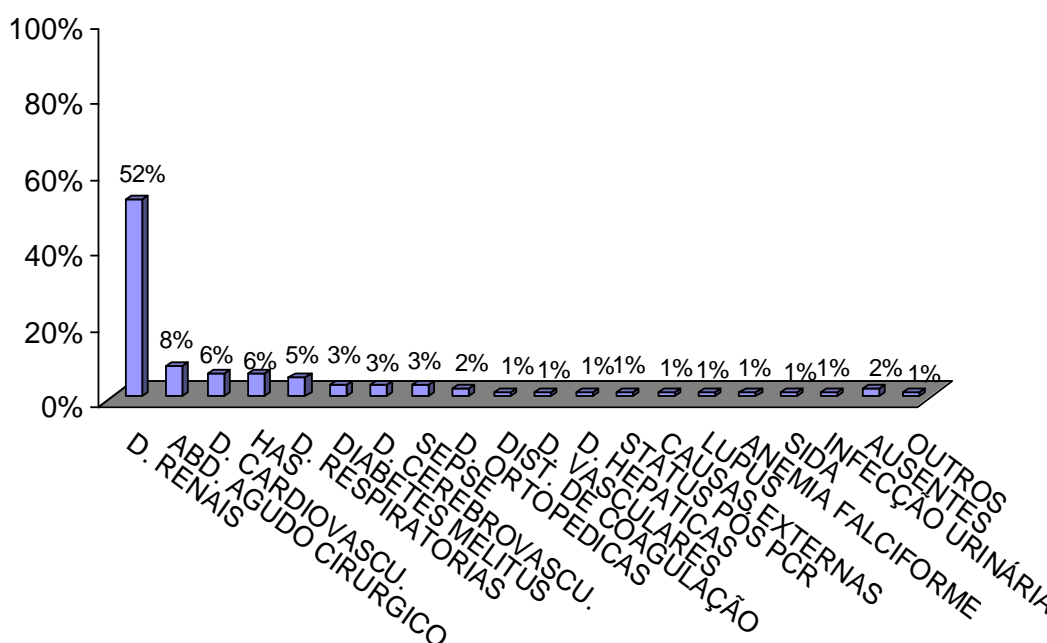
Ressaltamos ainda que os pacientes muitas vezes possuem um somatório de doenças crônicas, tais como a diabetes, hipertensão, doença renais, doença pulmonar obstrutiva e outras, o que piora o prognóstico, aumentando as complicações e as internações nas UTIs.

A origem intitulada 'demanda externa' na figura 3 corresponde à pacientes provenientes de outras instituições de saúde localizadas na cidade de Salvador assim como de outras cidades como Ipirá, Amargosa, Porto Seguro e Candeias, transferidas através da Central Estadual de Regulação.

#### 4.2 PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO ANO DE 2010.

Levando-se em consideração a importância do conhecimento sobre as patologias que influenciaram no internamento dos pacientes na UTI, após a coleta de dados, as informações foram agrupadas de acordo com suas semelhanças patológicas.

52% (216) dos pacientes possuíam como diagnóstico médico a doença renal, englobando a doença renal aguda e a crônica, sendo possível ser visualizado na figura 5.



**Figura 5:** Distribuição segundo o diagnóstico dos pacientes admitidos na UTI, no ano de 2010.

A insuficiência renal é a incapacidade dos rins executarem suas principais funções, que são de regular os líquidos, ácidos e a eliminação de substâncias que o organismo não mais necessita (uréia, creatinina, potássio, fósforo, etc). Ao não eliminar essas escórias, elas acabam por se acumular no organismo provocando manifestações renais, neurológicas, cardíacas entre outros (MOZACHI; SOUZA, 2009).

Segundo Cheregati e Amorim (2010), a insuficiência renal aguda (IRA) desenvolve-se em até 7% das internações hospitalares, podendo acometer até 30% dos pacientes internados em UTI, estando este resultado relacionado à patologia de base e as alterações metabólicas decorrentes.

O hospital público onde a pesquisa foi desenvolvida presta cuidados aos pacientes com insuficiência renal que necessitam de diálise peritoneal ou hemodiálise, sendo assim, este procedimento realizado na UTI, por ser complexo e

necessitar de monitoramentos hemodinâmicos, os quais não seriam encontrados em outro setor. Isto justifica a alta taxa de pacientes admitidos na UTI com diagnóstico de insuficiência renal que possui como único objetivo apenas a realização destas terapias substitutivas.

Este fato também é confirmado pelo registro dos mesmos pacientes serem admitidos na UTI numa média de duas vezes por semana, recebendo a alta em até 24 horas deste setor e retornando para seu setor de origem.

O grupo de abdome agudo cirúrgico correspondeu a 8% (32) dos pacientes e engloba doenças do tipo tumoração, pancreatite, apendicite, fecalomas, etc.

As doenças abdominais agudas possuem como sintoma principal a dor intensa em região abdominal, necessitando muitas vezes de uma intervenção cirúrgica de urgência.

No estudo de Peixoto Junior e Menezes (2004), foi encontrado um maior número de pacientes com doença clínica à admissão na UTI (67,8%), também encontrado neste estudo; seguido de doença cirúrgica, demandando intervenção de urgência (16,7%) ou eletiva (15,5%).

Moreira, Silva e Bassini, (2011) também encontraram, em sua pesquisa prospectiva realizada entre agosto de 2008 e abril de 2009 na UTI Adulto de hospitais públicos na zona leste da cidade de São Paulo e na cidade de Ferraz de Vasconcelos, dados relevantes que assemelham-se aos encontrados nesta pesquisa. Constataram que, dos pacientes estudados, a maioria foi admitido com diagnóstico clínico.

As doenças cardiovasculares (DCV) responderam por 6% (23) do total e englobaram infartos do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, síndrome coronariana aguda e choque hemodinâmico.

As DCV comprometem a funcionalidade do sistema circulatório e do coração e são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. De acordo com a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), em novembro de 2009, ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33.

Referente à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 6% (23) dos pacientes possuíam este diagnóstico médico. Esclarece-se que, por vezes, este diagnóstico inicial de HAS é seguido de investigações para determinar as seqüelas desta crise

hipertensiva, sendo o diagnóstico médico deste paciente modificado ou acrescentado ao longo da sua internação na UTI.

A HAS coloca em risco a função de órgãos e sistemas vitais num curto período de tempo, apresentando risco de desenvolver instabilidade do sistema fisiológico e comprometimento de órgão alvo (PIRES, 2006).

Uma pesquisa realizada na UTI do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão por Lima, Andrade, Hass (2007), relata que a hipertensão arterial foi a comorbidade mais freqüente, contando com 25% (10), do total de 71 pacientes, no período de fevereiro a julho de 2006, constatando que a hipertensão arterial é uma das comorbidades mais encontradas numa UTI, ratificando os dados encontrados neste estudo.

As doenças respiratórias respondem por 5% (22) do total de pacientes.

Esse grupo possui doenças agudas como o edema agudo de pulmão e a insuficiência respiratória aguda decorrente da descompensação de outras doenças crônicas como hipertensão e doenças cardiovasculares, doenças oportunistas do processo de envelhecimento da população como as infecções do trato respiratório e doenças crônicas como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), muitas vezes, ao uso prolongado do cigarro.

Embora não tenhamos tido acesso a faixa etária da população admitida na UTI, sabemos que está havendo um envelhecimento da população brasileira e isto também se reflete no perfil dos pacientes na UTI. E, em decorrência deste envelhecimento, as doenças crônicas típicas desta idade, incluindo as infecções respiratórias e o DPOC, aumentam os casos de internação e reinternação hospitalar (CAVALCANTE, 2009).

Desses cinco principais grupos de diagnóstico médico, destacamos que quatro deles correspondem a doenças crônicas o que nos ajuda a entender o motivo do alto número de admissões provenientes da clínica médica.

Por haver informações incompletas no livro de registro, não foi possível determinar diagnósticos médicos dos pacientes nos meses de setembro e outubro.

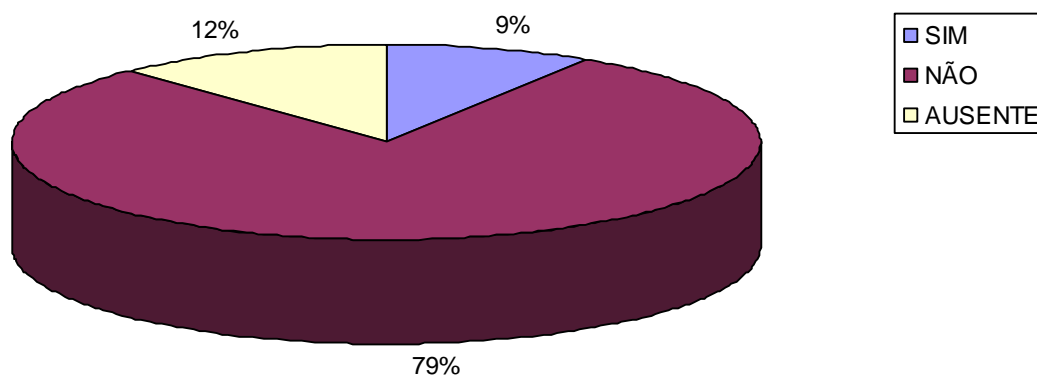
Muitos pacientes ao serem admitidos na UTI já possuíam diagnóstico prévio de infecção hospitalar.

O Ministério da Saúde (1998) define que infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou



após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

Neste estudo, o número de pacientes que foram admitidos com infecção foi de 9% (35), como mostra a figura 6.



**Figura 6.** Distribuição percentual, segundo a infecção dos pacientes encaminhados para a UTI no ano de 2010.

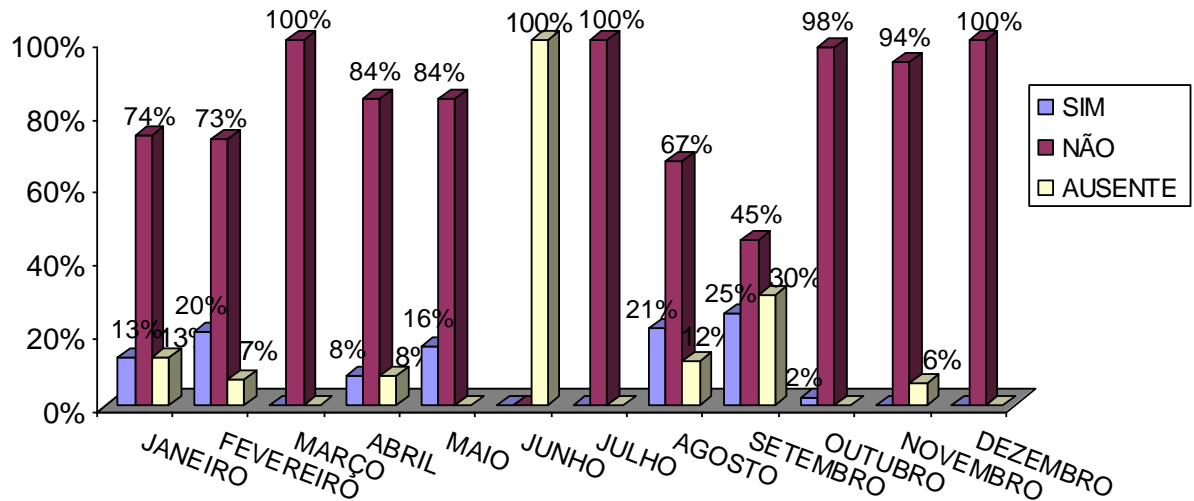
Moura (2007) relata que as infecções hospitalares (IH) no Brasil crescem a cada dia, considerando que o custo para o tratamento dos pacientes com IH é três vezes maior que o custo dos clientes sem infecção e destaca ainda um agravante, pois as instituições de saúde pública do Brasil possuem a maior taxa de prevalência de IH no país, 18,4%.

Sabe-se que a capacidade do paciente numa UTI em lidar com o processo infeccioso é deficiente, pois seus mecanismos de defesas estão comprometidos tanto pela sua patologia quanto pelas intervenções que ocorrem nesta unidade (SILVA, 2004). Assim, a equipe intensivista deve estar mais atenta aqueles pacientes que já são admitidos com quadro infeccioso para tentar debelá-lo precocemente ou mesmo impedir a sua disseminação.

12% (50) dos pacientes estavam sem preenchimento no livro de registro com relação à infecção hospitalar.

A figura 7 mostra um detalhamento das IH nos meses do ano de 2011, destacando os meses de setembro, agosto e fevereiro com maior quantitativo de

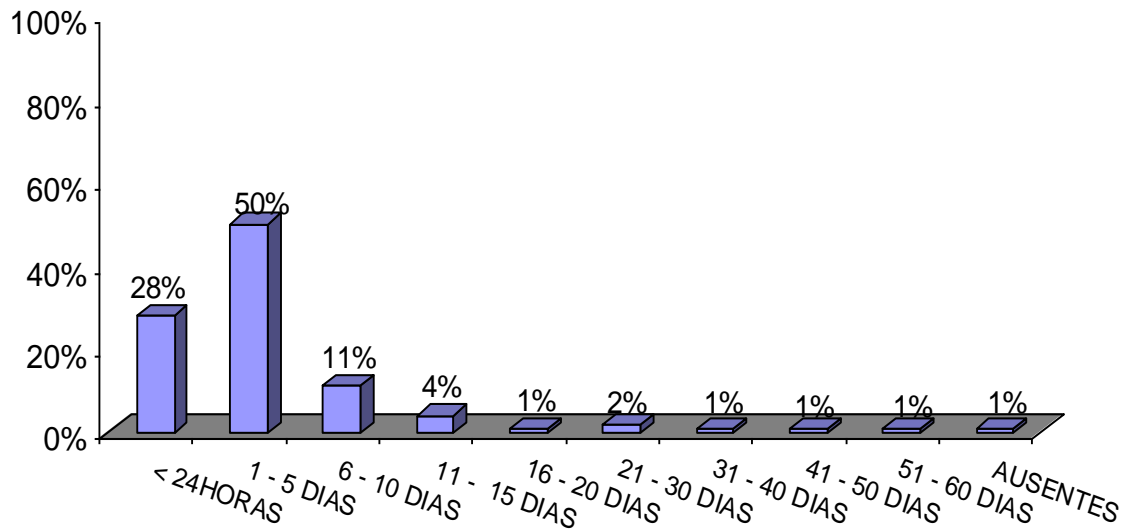
pacientes admitidos na UTI com vigência da IH, respectivamente 25% (5), 21%(11) e 20%(8).



**Figura 7.** Distribuição percentual segundo diagnóstico de infecção hospitalar nos pacientes admitido na UTI, separados por mês, no ano de 2010.

Quanto ao tempo de permanência na UTI, constatou-se uma média de 5,5 dias, com variação entre 1 e 60 dias (figura 8).

Uma pesquisa desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva de adultos do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo encontrou, quanto ao tempo de permanência na UTI, uma média de 8 dias, com variação entre 2 e 52 dias, demonstrando uma aproximação com os dados obtidos neste estudo. A pequena diferença pode ser atribuída ao perfil da clientela da unidade, as patologias e possíveis complicações (DUCCI et al., 2004).

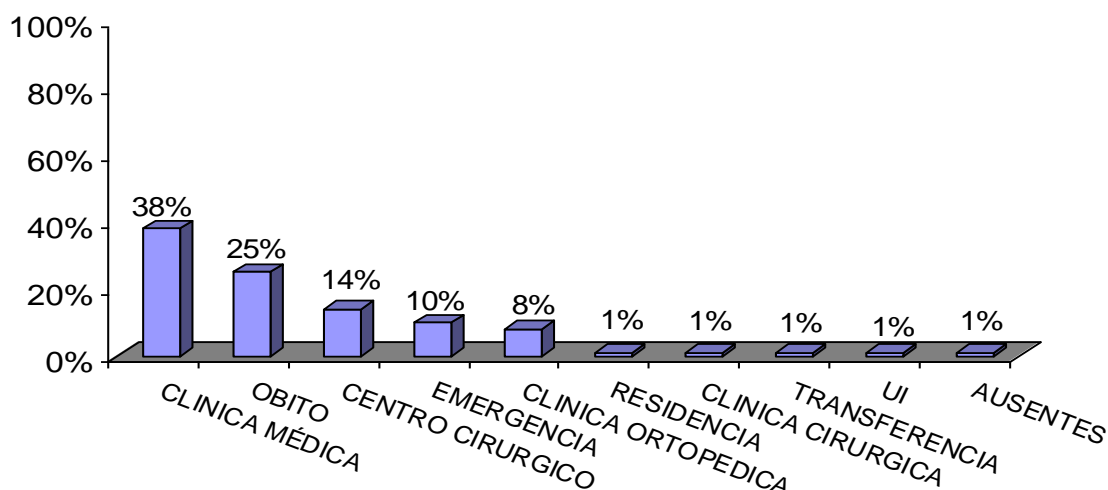


**Figura 8.** Distribuição percentual segundo o tempo de permanência dos pacientes na UTI, no ano de 2010.

Salientamos que 28% (115) dos pacientes ficaram internados menos de 24 horas onde provavelmente eram admitidos na UTI apenas para realizar diálise ou hemodiálise, não sendo estes contabilizados para a média de permanência.

Por fim agrupamos os pacientes quanto ao seu destino pós-UTI, sendo observado que após a alta 38% (149) dos pacientes foram para clínica médica como é demonstrado na figura 9.

Este valor elevado se justifica por ser este um dos principais setores que enviaram pacientes à UTI, e, portanto, após a alta, os mesmos retornam à unidade de origem. Atrelado a isto, a realização de terapias substitutivas renais requer o acompanhamento posterior desses pacientes na enfermaria clínica.



**Figura 9.** Distribuição percentual segundo o destino dos pacientes após alta da UTI, no ano de 2010

Neste estudo, 97 pacientes foram a óbito durante o tratamento na UTI. Este resultado surge pelo fato da UTI ser um local crítico onde os pacientes encontram-se entubados, sob ventilação mecânica, submetidos a procedimentos invasivos, com sistema imunológico comprometido, graves patologias de base, expostos a diversas complicações que só se somam para dificultar o tratamento e o restabelecimento da saúde desses indivíduos.

A taxa de mortalidade encontrada neste setor foi de 24,8%.

Morais, Fonseca e Leoni (2005) trazem como taxa de mortalidade global esperada na UTI uma variância entre 24% a 47%, assim destacamos que a UTI estudada possui uma taxa de mortalidade esperada.

Outro ponto a ser destacado é o encaminhamento de 10% (41) dos pacientes para a unidade de emergência após a alta da UTI.

Esta ocorrência não convencional (alta e encaminhamento para a emergência) ocorre devido a demanda elevada que o hospital deve atender, estando as enfermarias sempre lotadas e impossibilitadas de admitirem os pacientes.

Desse modo, a unidade de emergência assume esse papel, fugindo um pouco do seu objetivo que é assistir ao paciente em risco eminente de morte, e prestando cuidados continuados aos pacientes.

Bittencourt e Hortale (2009) afirmam que a superlotação nas emergências hospitalares está associada ao tempo de permanência do paciente neste setor, levando em consideração a falta de leitos para o internamento, o atraso no diagnóstico e no tratamento levando por conseqüência o aumento da mortalidade.

Após a análise dos registros dos pacientes internados na UTI no ano de 2010, foi possível construirmos um quadro que expressa o perfil desta unidade, sendo o mesmo demonstrado abaixo.

**Quadro 1.** Perfil dos pacientes admitidos na UTI, do hospital público estudado, no ano de 2010.

VARIÁVEL	NÍVEL DE VARIÁVEL	TOTAL	%
SEXO	MASCULINO	217	55%
ORIGEM	CLÍNICA MÉDICA	129	33%
	EMERGÊNCIA	129	33%
DIAGNÓSTICO	DOENÇAS RENAIS	216	52%
INFECÇÃO HOSPITALAR PRÉVIA	NÃO	309	79%
TEMPO DE PERMANÊNCIA	< 24 HORAS	115	28%
	1 - 5 DIAS	197	50%
DESTINO PÓS ALTA	CLÍNICA MÉDICA	149	38%

**Fonte:** Dados da própria pesquisa

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o perfil dos pacientes admitidos numa unidade de terapia intensiva possui significativa relevância, pois foi possível conhecer detalhadamente as características clínicas e sociodemográficas dos pacientes atendidos na unidade, podendo colaborar para o planejamento da assistência de enfermagem e da administração hospitalar e, conseqüentemente, favorecer a evolução do paciente na unidade de cuidados intensivos, criando estratégias para o tratamento.

Constatou-se que o perfil dos pacientes admitidos na UTI são na maioria do sexo masculino, oriundos da clínica médica, estando esta relacionada a grande predominância de doenças crônicas na população brasileira, como a doença renal.

Desse contexto, pudemos constatar ainda que a UTI pesquisada possui alta rotatividade de pacientes em decorrência da realização de hemodíalise dos pacientes internados em outras unidades hospitalares, o que distorce o papel

principal da terapia intensiva, diminuindo o quantitativo de leitos destinados aos pacientes gravemente enfermos

Quanto a incidência das infecções hospitalares prévias à admissão na UTI, encontrou-se que a maioria dos pacientes foi admitido sem essa comorbidade. Portanto, cabe a equipe intensivista atuar eficientemente, a fim de impedir a sua contaminação e posterior disseminação, diminuindo o tempo de internação desse paciente, assim como os gastos com material e recursos humanos, e principalmente, melhorando o prognóstico do mesmo.

A média de internamento na UTI foi de 5,5 dias, indicando uma baixa permanência nos leitos e alta rotatividade dos pacientes.

Após a melhora do quadro e alta da UTI, a maioria dos pacientes foram encaminhados para a unidade de clínica médica, por consequência da maioria dos pacientes possuírem patologias clínicas crônicas. Embora alguns pacientes sejam encaminhados para a unidade de emergência por falta de vaga na enfermaria.

Assim, conclui-se com esta pesquisa, que conhecer o perfil dos pacientes de uma unidade hospitalar fornece dados essenciais para os profissionais envolvidos na assistência e gerência, pois a partir dele pode-se identificar necessidades a serem supridas ou demandas melhoradas, contribuindo diretamente para a assistência prestada e um melhor prognóstico do paciente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Antônio Nelson Pereira Meirelles de. Análise da oferta de leitos no Brasil. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto alegre, 2006.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução á metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 7° Ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Censo divulga realidade das UTI brasileiras. Disponível em <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/censo-divulga-realidade-das-utis-brasileiras-20091110.html>> Acesso em 05 de março de 2011.

BALSANELLI ,Alexandre Pazetto; Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm; Whitaker , Iveth Yamaguchi . Estilos de liderança e perfil profissional de enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paulista Enfermagem**. Vol. 21, n.2, 2008.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; Zanei, Suely Sueko S. Viski; Whitaker, Iveth Yamaguchi. Carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a gravidade dos pacientes cirúrgicos em UTI. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, vol.19, n.1, Jan./Mar. 2006.

BARRETO, Sergio, Menna. **Rotinas em terapia intensiva**. 2 Ed. Porto Alegre:Artes Medicas, 1993.

BATISTA, Cristiano Corrêa et al. Avaliação prognóstica individual na UTI: é possível diferenciar insistência terapêutica de obstinação terapêutica?. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Vol. 21, n. 3, agosto 2009.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Condução de Limitação Terapêutica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 19, n. 2, Abril-Junho, 2007.

BITENCOURT, Roberto José; Hortale, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Vol.25, n.7, Julho 2009.

CAVALCANTE, Agueda Maria Ruiz Zimmer. Intervenção de Enfermagem para padrão respiratório ineficaz em idosos. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia, 2009.

CERVO, Arnaldo Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 5 Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão (Orgs.). **ENFERMAGEM em unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

CORONETTI, Adriana et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 35, n. 4, 2006.

COSTA JÚNIOR, Florêncio Mariano da; Maia, Ana Cláudia Bortolozzi. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol.25, n.1, Jan./Mar. 2009.

DUCCI, Adriana Jazantte et al. Gravidade de Pacientes e Demanda de Trabalho de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Análise Evolutiva Segundo o TISS-28. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Vol.16, n.1, agosto 2004.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2ª Ed. Editora Difusão. São Paulo, 2009.

FERRAREZE, Maria Verônica Guilherme; Ferreira, Viviane; Carvalho, Ana Maria Pimenta. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paulista Enfermagem**. Vol.19, n.3, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu; Nascimento, Elaine Ferreira do; Araújo, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.23, n.3, Março 2007.

HORTMANN, Sergio R. Levantamento de dados secundários na pesquisa.< Disponível em:< <http://www.joiabr.com.br/comex/jan06.html>> Acesso em 03 de março de 2011.



KIMURA, Miako; Koizumi, Maria Sumie e Martins, Luciana Monteiro Mendes. Caracterização das Unidades de Terapia Intensiva do município de São Paulo. **Revista escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, Vol. 31, n. 2, agosto, agosto 1997.

KNOBEL, Elias. **Conduta do paciente grave**. 3 Ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

LIMA, Mery Ellen; Andrade, Denise de; Haas, Vanderlei José. Avaliação Prospectiva da Ocorrência de Infecção em Pacientes Críticos de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. São Paulo, Vol. 19 n. 3, Julho-Setembro 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas , 2005.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência nacional de vigilância sanitária, resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência nacional de vigilância sanitária, resolução nº466, de 04 de junho de 1998.

MORAES, Renan S.; Fonseca, João Marcelo L.; Leoni, Carla B. R. di. Mortalidade em UTI, Fatores Associados e Avaliação do Estado Funcional após a Alta Hospitalar. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Vol. 17, n. 2, Abril/Junho 2005.

MOREIRA, Michele Ferreira; Silva, Alexandre, Bassini, Silvia Ramos Fróes. Incidência de falha e sucesso no processo de desmame da ventilação mecânica invasiva na unidade de terapia intensiva (UTI). **Revista Científica Indexada Linkania Júnior**. São Paulo, Vol. 1, n. 1, Setembro/Outubro 2011.

MOURA, Maria Eliete Batista et al. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 60, n.4, Brasília, julho–agosto 2007.

MURTA, Genilda Ferreira (Orgs.). **SABERES e praticas**: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. São Caetano do Sul: SP Difusão, 2006.

NASCIMENTO, Dinalva Melo do. **Metodologia do trabalho científico**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS/WHO, 2003. Disponível em <[http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7476/1/2010\\_katiaTorresBatista.pdf](http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7476/1/2010_katiaTorresBatista.pdf)> Acesso em 16 de Fevereiro de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946. Disponível em:<[http://www.oncopediatria.org.br/portal/artigos/pais/conheca\\_direitos/.jsp](http://www.oncopediatria.org.br/portal/artigos/pais/conheca_direitos/.jsp)> Acesso em 16 de fevereiro de 2011.

PEIXOTO JÚNIOR, Arnaldo Aires; Menezes, Francisco Albano de. Análise da Gravidade de Pacientes sob Ventilação Mecânica em UTI de Fortaleza. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. Ceará, Vol.16, n. 4, Outubro/Dezembro 2004.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil 4**. Revista The Lancet. Maio 2011.

SILVA, Anildo Anacleto Da. **Guia Pratico de Terapia Intensiva**. Ijuí: Unijuí, 2004.

TRANQUITELLI, Ana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, Vol. 41, n.3, setembro 2007.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 17, n.1, janeiro/março 2010.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; Rossi, Lúcia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-americana Enfermagem**. São Paulo, Vol. 10, n.2, março– abril 2002.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3 Ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

# APÊNDICE

## APÊNDICE A



FACULDADE MARIA MILZA  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM  
ORIENTADORA: SUIANE COSTA  
PESQUISADORA: LAIS FONSECA CAMPOS  
TÍTULO DA PESQUISA: PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE  
PACIENTES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA DE TERAPIA INTENSIVA

### FORMULARIO PARA COLETA DOS DADOS

SEXO: F( ) M( )

FAIXA ETARIA:

( ) < 14

( ) 14-19

( ) 20-29

( ) 30-39

( ) 40-49

( ) 50-59

( ) >60

CIDADE DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

DATA DE INTERNAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO NA UTI:

---

---

---

A ADMISSÃO OCORREU POR:

- ENTRADA PELA EMERGÊNCIA
- OUTRA UNIDADE HOSPITALAR
- TRANSFERÊNCIA DE OUTRA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

DATA DE SAÍDA DA UTI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MOTIVO DA SAÍDA DA UTI:

- ÓBITO
- ALTA PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR
- TRANSFERÊNCIA

SE ÓBITO, ESPECIFICAR A CAUSA:

---

---

---

# ANEXO