

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ–
FACENERN

KARLA RAFAELA PEREIRA

**PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

MOSSORÓ/RN

2017

KARLA RAFAELA PEREIRA

**PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE-RN, como requisito para obtenção de título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof.Dr. Alcivan Nunes Vieira

MOSSORÓ/RN
2017

KARLA RAFAELA PEREIRA

**PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Monografia apresentado pela aluna Karla Rafaela Pereira do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alcivan Nunes Vieira(FACENE/RN)

Orientador

Prof.Ms. Thiago Engle de Araújo Alves (FACENE/RN)

Membro

Prof. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro (FACENE/RN)

Membro

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram em mais essa jornada, aos meus familiares e amigos, que compartilharam desse momento.

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as conquistas ao longo da minha vida e pelo zelo comigo em todo tempo, por me sustentar nos momentos mais difíceis e pelo dom da vida.

Aos meus pais que em toda minha vida me apoiaram nas minhas escolhas e me deram uma vida cheia de amor e conhecimento, cada um a sua maneira e me estimularam para que eu chegasse até aqui e me tornasse a pessoa que sou hoje.

Ao meu amigo e ex-professor Edileudo Araujo, que mais uma vez esteve ao meu lado me dando força, acreditando e me apoiando em mais esse sonho.

Aos meus familiares, irmão e cunhada que acreditaram e, estiveram ao meu lado em mais essa caminhada

Aos meus amigos que conquistei durante a faculdade, que possa levar para toda a vida.

Ao meu orientador Dr. Alcivan Nunes, pela atenção, ensinamentos que contribuíram para o meu aprendizado e para o êxito deste trabalho.

Aos funcionários da FACENE-RN pela atenção, carinho e acolhimento de todos os dias.

A todos os professores, que eu tive o privilégio de conviver em sala de aula e nos estágios, e pelos ensinamentos que me foram repassados e compartilhados.

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) possuem aparatos tecnológicos que servem para deixar o paciente estável, monitorar e manter a vida de pessoas que se encontram neste setor hospitalar. A avaliação da gravidade desse paciente faz parte da assistência na UTI, para isso, essa avaliação foi incorporado ao estudo um importante escore de avaliação é o *Modified Early Warning Score* (MEWS) por ser de fácil aplicação e cujos dados são essencialmente os sinais vitais do paciente. O objetivo deste estudo é descrever o perfil de pacientes admitidos na UTI. A pesquisa foi realizada seguindo os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/2012 e o código de ética profissional. A pesquisa foi do tipo descritiva, analítica, transversal e retrospectiva, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no HRTVM, através de prontuários fornecidos pela direção do ano de 2014 do setor de UTI, Foram incluídos no estudo, prontuários de pacientes internados na UTI do HRTVM no ano de 2014, os critérios de exclusão, foram prontuários que estavam sendo objeto de alguma sindicância interna ou de algum tipo de investigação solicitada por conselhos de classe ou por órgãos da justiça, não trazendo riscos usuários dos prontuários que foram pesquisados. A análise dos dados foi realizada destacando: variância, distribuição, normalidade, frequência, média, moda, mediana; em seguida fora realizada uma análise bivariada antes de serem realizados os testes estatísticos, foi verificada a normalidade das variáveis, bem como a igualdade de variâncias; os dados foram processados no SPSS versão 20.0. Após apreciação os resultados obtidos foram que o perfil do paciente que esteve internado na UTI do referido hospital, tem predominância do sexo masculino, média de idade de 54 anos, os pacientes que estiveram na UTI por mais tempo foram os que estavam em uso de VMI e em relação ao desfecho sua grande maioria foi a óbito. Empregando o MEWS ao estudo, alcançamos os seguintes resultados; quando a escala apresentava um valor alto o paciente passava menos tempo na UTI e quando apresentava um score baixo o individuo tinha mais tempo de internação. Estes resultados indicam a necessidade das equipes de saúde identificarem os pacientes que apresentam maior instabilidade para o acometimento destas variáveis e, a partir disso, desenvolverem estratégias para melhoria do quadro clínico visando otimizar o cuidado prestado e suporte adequado.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Ventilação Mecânica Invasiva.

Paciente Critico.

ABSTRACT

Intensive Care Units (ICUs) have technological devices that serve to leave the patient stable, monitor and maintain the lives of people who are in this hospital sector. The evaluation of the severity of this patient is part of the ICU care, for that, this evaluation was incorporated into the study. An important evaluation score is the Modified Early Warning Score (MEWS) because it is easy to apply and whose data are essentially the vital signs of the patient. The objective of this study is to describe the profile of patients admitted to the ICU. The research was carried out following the ethical aspects recommended by Resolution CNS 466/2012 and the code of professional ethics. The research was descriptive, analytical, transversal and retrospective, with a quantitative approach. The data were collected in the HRTVM, through charts provided by the management of the year of 2014 of the ICU sector, were included in the study, medical records of patients hospitalized in the ICU of the HRTVM in the year 2014, the exclusion criteria, were medical records that were being object of some internal investigation or of some type of investigation requested by class councils or by justice organs, not bringing risks users of the medical records that were searched. Data analysis was performed highlighting: variance, distribution, normality, frequency, mean, fashion, median; then a bivariate analysis was performed before the statistical tests were performed, the normality of the variables was verified, as well as the equality of variances; the data was processed in SPSS version 20.0. After evaluation the results were that the profile of the patient who was hospitalized in the ICU of said hospital, is predominantly male, mean age of 54 years, patients who were in the ICU for longer were those who were using IMV and in relation to the outcome his great majority was to death. Employing the MEWS to the study, we achieved the following results; when the scale presented a high value the patient spent less time in the ICU and when presented with a low score the individual had more time of hospitalization. These results indicate the need of the health teams to identify the patients who present greater instability for the affectation of these variables and, from this, to develop strategies to improve the clinical picture in order to optimize the care provided and adequate support.

Keywords: Intensive Care Unit. Mechanical Invasive Ventilation. Critical Patient.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Escore de Alerta Precoce Modificado – <i>Modified Early Warning Score</i> (MEWS).....	16
QUADRO 2 – Motivos de Internação na UTI.....	22
QUADRO 3 – Distribuição dos pacientes.....	22

LISTA DE SIGLAS

- DPOC** (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
- MEWS** (*Modified Early Warning Score*)
- PAV** (Pneumonia Associada ao Ventilador)
- PCV** - (pressão e cicladosa tempo)
- PIP** (Pressão Intra Pulmonar)
- PSV** - (Pressão de Suporte)
- RDC** (Resolução da Diretoria Colegiada)
- SIMV** - (*Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation*)
- SUS** – (Sistema Único de Saúde)
- TOT** – (Tubo Orotraqueal)
- TQT** – (Traqueóstomo)
- UTI** -(Unidade de Terapia Intensiva)
- VC** – (ventilômetro de Wright)
- VCV**- (Assistido Controlado Ciclado a Volume)
- VMI** -(Ventilação Mecânica Invasiva)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Problematização	11
1.2 Justificativa.....	12
1.3 Hipótese	13
1.4 Objetivos	13
1.4.1 Objetivo geral	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 A unidade de terapia intensiva e ventilação mecânica invasiva	14
2.2 Mews e ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva.....	16
3 METODOLOGIA	19
3.1. Tipo de pesquisa	19
3.2. Local da pesquisa	19
3.3. População e amostra	20
3.4. Critérios de inclusão	20
3.5. Critérios de exclusão	20
3.6. Procedimento de coleta de dados	20
3.7. Análise dos dados.....	21
3.8. Aspectos éticos	21
3.9. Financiamento e apoio à pesquisa	21
4.RESULTADOS.....	22
5 DISCUSSÃO	25
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICE.....	31
ANEXO	37

1 INTRODUÇÃO

É evidente que as tecnologias têm avançado na área da saúde e tem contribuído positivamente para melhoria da qualidade da assistência que é prestada ao paciente, e para sua expectativa de vida em função dos equipamentos que estão cada vez mais modernos. À proporção que os avanços tecnológicos oferecem alto índice de resolutividade dos problemas de saúde, trazem também consigo inúmeros desafios, uma vez que a modernização demanda cada vez mais profissionais, que devem ser instruídos, capacitados e capazes de lidar com as mais diversas situações relacionadas aos pacientes (AMIB, 2013).

O paciente crítico precisa de cuidados concentrados, em virtude de mostrar mudanças importantes em vários órgãos, com efeitos clínicos, podendo prejudicar a manutenção da vida. Desse modo, é primordial uma assistência especializada, com auxílio de dispositivos refinados de uma equipe multiprofissional especializada

A avaliação da gravidade desse paciente faz parte da assistência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Um importante escore de avaliação é o *Modified Early Warning Score* (MEWS) por ser de fácil aplicação e cujos dados são essencialmente os sinais vitais do paciente (TAVARES et al 2008).

Segundo Cintra, Nishide e Nunes (2008), um dos recursos mais utilizados para manutenção da vida utilizados em UTI é o ventilador mecânico.

A ventilação mecânica teve em seu início ventiladores que funcionavam por pressão negativa, eram conhecidos como “pulmão de aço”. Os ventiladores por pressão positiva surgiu em 1955 em meio à epidemia de poliomielite, na época os voluntários ventilavam os pulmões dos pacientes infectados pela doença manualmente (ARAÚJO, 2012).

Ventilação Mecânica (VM) constitui-se, por método invasivo ou não, de um equipamento que substitui total ou parcialmente, o movimento respiratório do paciente (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008) eles ainda afirmam que a VM serve efetivamente para dar suporte à vida até sua recuperação e, não é em si, um suporte curativo.

A AMIB (2013), diz que a Ventilação Artificial propicia melhora das trocas gasosas e diminui a atividade respiratória, podendo ser empregada de forma invasiva e não-invasiva esta por meio de uma interface externa, normalmente

maska facial, e de forma invasiva através de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

A VM é recomendada quando o paciente tem uma insuficiência respiratória grave, e ela é decidida por meio dos parâmetros clínicos e da análise funcional do paciente, além de manifestações clínicas (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

É imprescindível que a equipe de enfermagem que trabalha em uma UTI seja qualificada para que o cuidado com o paciente seja eficaz; além das competências clínicas é necessário também a quantificação desses profissionais, e com o cuidado adequado de cada paciente e suas particularidades, é possível minimizar os riscos de saúde dos pacientes (AMIB, 2013).

O resultado da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) depende de variáveis, como idade, doenças de base, tempo de chegada ao hospital e qual tipo de transporte o trouxe, além das complicações que a VMI trás e o tempo de duração da internação na UTI.

A temática central desta pesquisa é o perfil dos pacientes que estão em uso de VMI na UTI. Neste sentido, considera-se a relevância de um estudo que se volte para ampliar a compreensão sobre o perfil de gravidade do cliente crítico.

Este estudo tem como objetivo descrever o perfil dos enfermos admitidos em uma UTI, e relacionar o perfil do paciente em uso de VMI com suas variáveis clínicas. Ele integra a pesquisa “Variáveis clínicas e perfil de pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva em uma UTI”.

Apesar de ser um tema recorrente em publicações e eventos científicos, identifica-se que existem lacunas no conhecimento no âmbito dos serviços de saúde.

1.1 Problematização

A maioria dos pacientes gravemente enfermos que chegam à emergência pode apresentar sinais claros e detectáveis de deterioramento de seu estado clínico, sendo que 80% desses sinais podem ser percebidos 24 horas antes do agravamento do evento (ROCHA; NEVES; VIEGAS, 2016).

O conhecimento sobre o perfil dos pacientes internados em uma UTI é importante, com propósito de oferecer dados consistentes que permitam um planejamento adequado no processo de assistência à saúde dos clientes.

A importância desse conhecimento está relacionado ao direcionamento da assistência prestada a esse tipo de cliente, com atenção especial aos efeitos da terapia, ao prognóstico e fatores de riscos aos quais estão expostos. No que diz respeito à enfermagem, esses dados podem contribuir a traçar as ações de enfermagem, a serem implementadas com pacientes em estado crítico (FAVARIM; COMPOGARA, 2012).

O perfil de gravidade do paciente está relacionado com os seus antecedentes clínicos, tais como: comorbidades, tipo do agravo sofrido, idade.

Outro aspecto determinante da gravidade é a assistência desenvolvida junto a esse paciente, o tempo decorrido entre o agravo e a assistência, acesso ao serviço de urgência e emergência.

A VMI está entre as modalidades mais utilizadas na UTI, é um artifício que serve para o suporte dos pacientes críticos com manutenção da oxigenação e/ou ventilação dos pacientes portadores de insuficiência respiratória aguda, sinais de fadiga muscular respiratória ou distúrbios graves do balanço ácido-básico de maneira artificial, a finalidade da ventilação mecânica é: melhorar a oxigenação do sangue arterial por utilizar altos níveis de oxigênio inspiratório (FIO₂) ou por métodos de recrutamento de alvéolos não ventilados. Portanto, a ventilação mecânica é projetada para facilitar a movimentação de gás para dentro dos pulmões de maneira artificial, até que eles estejam capacitados a reassumi-las (LISBOA et al, 2012).

1.2 Justificativa

Esta pesquisa justifica-se porque se volta para proporcionar uma compreensão mais ampla sobre como avaliar a gravidade do paciente na UTI, e sobre a VMI aplicada ao paciente crítico.

As Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica prevêem a participação da enfermagem na assistência ao paciente em uso de VMI. Elas elencam um conjunto de ações que podem ser ampliadas conforme a necessidade do paciente e de acordo com o envolvimento destes profissionais com o suporte ventilatório invasivo (AMIB, 2013)

Portanto, é necessário discutir esta atuação da enfermagem na UTI para que seja qualificada e fundamentada no conhecimento científico.

1.3 Hipótese

O perfil clínico do paciente admitido na UTI se relaciona com o desfecho da internação neste setor.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

- Descrever o perfil de pacientes admitidos na UTI.

1.4.2 Objetivos específicos

- Estabelecer relações entre a idade do paciente, motivo da internação na UTI, e o desfecho da internação neste setor.
- Identificar o percentual de pacientes que usaram a VMI.
- Identificar o MEWS dos pacientes em uso de VMI na UTI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Unidade de Terapia Intensiva e a ventilação mecânica invasiva

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar com infraestrutura integral, com equipamentos específicos, recursos humanos, tecnologias de ponta e terapêuticas sofisticadas (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde 2010, a UTI 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.

Segundo a RDC 14 de 2010 a direção do hospital onde a UTI está inserida deve garantir: o provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, a segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo equipamentos de proteção individual e coletiva. Assim, entende-se que os profissionais que trabalham nesta unidade devem estar sempre muito bem preparados tendo em vista que irão se deparar com as mais diversas situações cujas decisões tomadas definem o limite entre a vida e a morte de pessoas (BRASIL, 2010).

Em uma UTI, os pacientes em sua grande maioria estão em uso de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), que é um suporte necessário para pacientes com insuficiência respiratória. Através de um equipamento chamado de ventilador mecânico que é capaz de administrar oxigênio em pacientes incapazes de efetuar essa troca gasosa (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Segundo Morton et al (2007) a ventilação mecânica não é de suporte curativo, embora algumas consequências ocorram com o passar do tempo com alguns pacientes em uso de suporte ventilatório, a ocorrência dessas complicações podem ser reduzidas com boas práticas e cuidados preventivos da equipe de enfermagem.

A VMI é considerada um procedimento invasivo por repor total ou parcialmente a função fisiológica dos pulmões. Hoje os ventiladores mecânicos são mais refinados, ampliam a segurança da ventilação, monitora de uma forma mais completa e efetiva o paciente. E para manejar esses ventiladores de forma apropriada, os profissionais devem estar instruídos e treinados para dar um suporte adequado e de qualidade ao paciente que depende da ventilação mecânica.

Os modos ventilatórios convencionais são; assistido-controlados ciclados a volume (VCV) utilizado para medida da Pressão de Pico e Pressão de Platô.

O assistido-controlado limitados a pressão e ciclados a tempo (PCV) empregado em situação de comprometimento da mecânica do Sistema respiratório, pois permitem o controle mais adequado das pressões em vias aéreas e alveolares.

Pressão de Suporte (PSV) é considerada o modo preferencial durante a ventilação assistida ou espontânea.

Ventiladores ciclados a pressão (VC) quando somente houver esse recurso no local, sendo assim o VC não é tão conhecido, recomendando-se utilização de um ventilômetro externo (ventilômetro de Wright).

O modo *Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation* (SIMV), este se mostrou associado a aumento do tempo de Retirada da VM, prolongando seu uso esse modo deve ser evitado (AMIB, 2013).

A forma em que o paciente será ventilado deve ser escolhida conforme evidências clínicas e a patologia que acomete o paciente naquele momento. E para certificar-se de que o tratamento prescrito está correto o profissional deve ter conhecimento adequado sobre o equipamento e sobre os processos que o envolve. (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

A VMI está indicada quando há obstrução das vias áreas superiores e principalmente para atender situações de insuficiência respiratória, seja ela aguda ou crônica. Das indicações mais utilizadas para VMI estão, os traumas e a DPOC(CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

De acordo com Swearingen e Keen (2005), trata-se de uma condição clínica onde esses pacientes não são capazes de realizar as trocas gasosas e fornecimento de oxigênio para o corpo. Desta maneira, a VMI visa realizar a função pulmonar que naquele momento está comprometida ou ineficaz da melhor maneira possível atendendo sua necessidade e estando de acordo com sua patologia.

No entanto, a pesar de seus inúmeros benefícios a VMI também pode desenvolver complicações sejam elas infecciosas ou ainda aquelas em que se verificam danos na estrutura da árvore respiratória. Quando ocorrem essas complicações há aumento da mortalidade ou de danos para a função respiratória como um todo, na fala, deglutição entre outras (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

O desmame da VMI corresponde a retirada gradual do suporte ventilatório até a retomada da ventilação espontânea (LASELVA, JUNIOR,2009).

O sucesso do desmame depende mais do estado geral do cliente do que a técnica que é usada, fatores fisiológicos e emocionais devem ser avaliados e considerados durante o processo (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

Apesar dos pacientes serem submetidos a correção dos distúrbios funcionais e a técnicas de ventilação mecânica e treinamento muscular, alguns pacientes considerados difíceis, não conseguem se manter em ventilação espontânea e falham sucessivamente nas tentativas de desmame (LASELVA, JUNIOR, 2009).

Geralmente são usados três métodos para a remoção do paciente da ventilação mecânica; Ventilação Mandatória Intermitente (IMV) onde os movimentos respiratórios são reduzidos gradativamente pelo ventilador, enquanto o paciente se restabelece (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

O modo PSV auxilia a respiração do cliente de forma normal com pressão positiva nas vias aéreas durante a inspiração (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

E por último o método T de Ayre, onde um T é colocado no TOT, o ventilador é retirado e o paciente inicia um esforço respiratório espontâneo durante períodos cada vez maiores (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

O tempo de uso da VMI está relacionado com o aumento da mortalidade neste setor. Estudos como o de Lisboa et al. (2012), mostram que quanto mais tempo o paciente necessita de suporte respiratório invasivo maiores as chances de desenvolver complicações relacionadas à VMI.

2.2 Mews (*Modified Early Warning Score*) e ventilação mecânica invasiva na Unidade de Terapia Intensiva

Neste tópico será desenvolvida uma breve abordagem sobre um score de avaliação da gravidade do paciente e sobre a VMI. Esses temas foram selecionados dada a sua relevância no contexto pesquisado, onde se constatou a importância da avaliação da gravidade do paciente bem como a necessidade de aprimorar os conhecimentos sobre a VMI.

O MEWS (*Modified Early Warning Score*), um score baseado na monitorização de parâmetros fisiológicos facilmente acessáveis – a pressão arterial sistólica, a frequência de pulso, a frequência respiratória, a temperatura e o nível de consciência (QUADRO 1) (TAVARES et al, 2008).

Quadro 1 – Escore de Alerta Precoce Modificado – *Modified Early Warning Score* (MEWS).

Escores	3	2	1	0	1	2	3
Frequência cardíaca (bpm)		< 40	41-50	51-100	100-101	111-120	> 120
Frequência respiratória (ipm)				51-100	15-20	21-29	> 30
Pressão arterial sistólica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200	
Nível de consciência				Alerta	Confuso	Resposta á dor	Inconsciente
Temperatura		< 35	35,1-37,8		37,8		

Fonte: Tavares et al (2008)

Os sistemas de pontuação são marcados fornecendo pontos aos valores observados que incluem, taxa de pulso, pressão arterial e taxa respiratória, ao final o resultado será obtido pela soma dos scores individuais. A partir daí o plano de ação é traçado pela equipe. Essa ferramenta de contagem de alerta precoce evoluiu cientificamente e é de grande importância para determinar a condição do paciente e para que mais cedo sejam corrigidos esses parâmetros (JOHNSON; NILESWAR 2015)

O MEWS se mostra como uma ferramenta versátil, fundamentada em parâmetros fisiológicos, capaz de alertar os médicos e demais membros da equipe assistente os clientes em risco, O MEWS pode ser utilizado nas enfermarias para conduzir um seguimento continuado dos pacientes, indicando que aqueles com scores alterados e com aumento progressivo necessitam de maior atenção pela equipe, uma vez que existem evidências de que a intervenção antecipada pode melhorar o desfecho evolutivo. Esse indicador pode reduzir o número de transferências para a UTI; e, em última instância, reduzir a gravidade dos pacientes à admissão (TAVARES et al, 2008).

É uma Ferramenta cujo objetivo é facilitar a comunicação entre as equipes de enfermagem e médica quando a deterioração do estado do paciente se torna aparente no gráfico de observações (ROCHA; NEVES; VIEGAS, 2016).

De acordo com Johnson e Nilesvar (2015) o MEWS, é composto cinco parâmetros selecionados, que pode ser usado como um método rápido e simples de triagem, para identificar pacientes quem tenham maior necessidade de internação em UTI. Quanto mais cedo o reconhecimento do agravamento baseado no MEWS, será precoce suporte para o paciente.

O MEWS é um instrumento de simples aplicação à beira do leito, que pode ser interpretada pela equipe na tentativa de identificar os pacientes de alto risco (ROCHA; NEVES; VIEGAS, 2016).

A Ventilação Mecânica (VM) é um dos suportes à vida de grande importância em UTI e constitui um dos recursos mais utilizados nessa unidade, tem o objetivo de restabelecer o balanço entre a oferta e a demanda de oxigênio e atenuar a carga de trabalho respiratória de pacientes com dificuldade ou impossibilitados no momento (MELO et al, 2017).

Na atualidade, o cuidado nas UTI, mais do que no passado tem sido delineando pela incorporação de novas tecnologias, o que amplia possibilidades para a melhora da qualidade do trabalho/assistência e da vida dos indivíduos que cuidam e daqueles que são cuidados (DORNELLES et al, 2012).

A grande maioria dos pacientes internados na UTI apresenta alterações importantes na função respiratória, sendo incapazes de manter uma ventilação espontânea eficaz, necessitando, assim, de aparelhos artificiais que assumam esse papel. Desse modo, a ventilação mecânica é qualquer método de respiração que utiliza um aparelho mecânico para aumentar ou satisfazer completamente as necessidades respiratórias do doente (DORNELLES et al, 2012). Ainda segundo os mesmos autores a enfermagem, na assistência ventilatória, tem o propósito de manter a oxigenação e perfusão adequadas dos órgãos e tecidos para prevenir a hipóxia.

O enfermeiro que atua em UTI deve possuir conhecimentos específicos referente aos diversos tipos de suportes utilizados nesse setor, destacando-se o ventilador artificial. É fundamental seu domínio em relação às modalidades ventilatórias, tendo em vista que acompanha o paciente de forma contínua e tem a incumbência de identificar mudanças de forma precoce (MELO et al, 2017).

.Ainda de acordo com a Melo et al (2017) os enfermeiros, de uma forma geral, e especialmente os que atuam em UTI, precisam aprofundar cada vez mais seu conhecimento inerente aos aspectos da VMI, englobando o manuseio do ventilador.

Ressalta, também, a diversidade nos parâmetros ventilatórios, dada a tecnologia cada vez mais avançada dos aparelhos, bem como associada à patologia do paciente crítico.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Este estudo é de caráter descritivo, analítico, transversal e retrospectivo com abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de uma determinada população. O aspecto primordial deste estudo tem a finalidade de conhecer a sociedade que se estuda, com suas características, pessoas, valores e problemas vivenciados pela população analisada, o propósito do estudo é descrever com precisão fenômenos e fatos de uma determinada realidade (GIL, 2010).

A pesquisa analítica é uma forma de pesquisa quantitativa que envolve um parecer mais profundo das informações coletadas em um determinado acontecimento, com interesse de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população. Sendo ela mais complexa que uma pesquisa descritiva, uma vez que procura explicar a relação entre a causa e o efeito (FONTENELLES et al, 2009).

O corte transversal ocorre quando os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em uma amostra selecionada para descrever uma população nesse determinado momento (GIL, 2009).

O estudo retrospectivo é esboçado para explorar fatos do passado, podendo ser delineado para retornar, do momento atual até um determinado momento no passado, há vários anos ou o pesquisador pode marcar um ponto no passado e conduzir a pesquisa até o momento presente, através de análise documental (FONTELLES et al, 2009).

Segundo Minayo (2010) a pesquisa de abordagem quantitativa, se constrói com base em métodos quânticos, tendo como objetivo produzir dados, índices, conexões observadas, ou transpassar padrões de alto isolamento com utilidade prática.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia Mossoró-RN (HRTVM), localizado a Rua Antônio Vieira de Sá, Bairro Aeroporto,

CEP: 59607-100; Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. Trata-se de um hospital geral de médio porte, destinado á prestação de serviços nas mais diversas especialidades, desempenhando também um atendimento de Urgência a Emergência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o hospital é de referência para toda região do Oeste do Estado.

3.3 População e amostra

População é um conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam que apresentam pelo menos uma característica em comum. A amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Foi constituída por prontuários de pacientes internados na UTI do HRTVM, no ano de 2014. Neste período foram admitidos 443 pacientes no referido setor. Neste estudo foram pesquisados prontuários de pacientes internados no ano de 2014, compondo uma amostra de 132 prontuários. A mesma foi definida considerando um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%).

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo, prontuários de pacientes internados na UTI do HRTVM no ano de 2014.

3.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos os prontuários que estavam sendo objeto de alguma sindicância interna ou de algum tipo de investigação solicitada por conselhos de classe ou por órgãos da justiça.

3.6 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente os prontuários foram catalogados e numerados seguindo a ordem crescente da data e hora de internação na UTI. Posteriormente foram

selecionados aleatoriamente por meio de sorteio 11 prontuários por mês do respectivo período.

3.7 Análise dos dados

Foi realizada análise paramétrica dos dados, destacando: variância, distribuição, normalidade, frequência, média, moda, mediana; em seguida fora realizada uma análise bivariada onde fixou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%). Antes de serem realizados os testes estatísticos, foi verificada a normalidade das variáveis (teste de Kolmogorov-Smirnov), bem como a igualdade de variâncias (teste de Levene); os dados foram processados no SPSS versão 20.0.

3.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/2012 e o Código de Ética Profissional. Aprovada pelo CEP da FACENE com o parecer nº 1.965.614 de 15/03/2017.

3.9 Financiamento e apoio à pesquisa

A pesquisa teve apoio e financiamento parcial assegurado pela FACENE RN através da concessão de material de consumo, da disponibilização de obras literárias e referências contidas na sua biblioteca, assim como computadores e conectivos. Além disso, disponibilizará professores da instituição para orientação da pesquisa e composição da banca examinadora.

As demais necessidades foram financiadas com recursos próprios do pesquisador, que tem plena ciência da sua responsabilidade em cobrir todas as despesas oriundas da execução de todas as fases da pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados possibilitam a construção e conhecimento do perfil dos pacientes internados na UTI, que estão descritos a seguir.

QUADRO 2 – Principais motivos de internação na UTI

Motivos	Frequência Absoluta	Porcentagem	Frequência Acumulada
Instabilidade hemodinâmica	9	6,8%	6,8
Sepse grave	14	10,6%	17,4
Falência renal	9	6,8%	24,2
Politraumatismo	2	1,5%	25,8
Hemorragia maciça	4	3,0%	28,8
Insuficiência respiratória	20	15,2%	43,9
Agravo neurológico	65	49,2%	93,2
Pneumonia broncoaspirativa	1	,8%	93,9
Gastrointestinal	1	,8%	94,7
IAM	2	1,5%	96,2
Obstrução intestinal	2	1,5%	97,7
PAF	1	,8%	98,5
Pós-operatório	2	1,5%	100,0
Total	132	100,0%	

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador em agosto-outubro de 2017.

Observa-se uma variedade dos motivos que levam o paciente a ser internado na UTI, sendo que prevalecem os agravos neurológicos.

Quadro 3 - Distribuição dos pacientes conforme sexo, faixa etária, desfecho da internação em uti e dados relativos ao uso da VMI.

Sexo	Porcentagem
Masculino	57,6%
Feminino	42,4%
Faixa Etária	
Abaixo de 54 anos	13%
Acima de 54 anos	87%
VMI	

Homens que usaram VMI	57,6%
Mulheres que usaram VMI	42,4%
Tempo de Uso da VMI	
Abaixo de 8 dias	78 pessoas
Acima de 8 dias	37 pessoas
Desfecho da internação na UTI	
Óbito	86,4%
Transferência para outro setor	13,6%

Fonte:Dados coletados pelo pesquisador em agosto-outubro de 2017.

Com relação ao sexo 57,6% homens e 42,4% de mulheres. Apesar de mais homens terem sido admitidos na UTI e utilizado a VMI o sexo não teve associação com o uso da ventilação invasiva ($p = 0,347$).

Observa-se que 60 pessoas abaixo de 54 anos (média) utilizaram a VMI e 55 pessoas acima de 54 anos utilizaram. Sendo assim, a idade não é fator determinante para o uso da VMI ($p = 0,067$).

Associando sexo e uso da VMI, 57,6% homens e 42,4% mulheres utilizaram VMI. Então, apesar de mais homens terem utilizado a ventilação, mais homens foram internados também, o que permite identificar que o sexo não teve associação com o uso da VMI. ($p = 0,347$).

Ao que se refere o tempo de internação na UTI e o tempo de uso da ventilação invasiva percebeu-se que apesar de 78 dos pacientes terem passado pouco tempo menos de 8 dias na unidade e 37 ficaram mais tempo internados mais de 8 dias, os pacientes que permaneceram por mais tempo tiveram o uso da ventilação artificial prolongado, o que pode estar relacionado com o desfecho, já que 86,4% dos pacientes que passaram pela UTI foram a óbito e apenas 13,6%, tiveram alta e ou foram transferidos para outros setores ($p=0,017$).

Quanto ao desfecho da internação na UTI 18 pessoas usaram VMI e não faleceram, 97 pessoas que usaram a VMI foram a óbito. 17 pessoas não utilizaram e faleceram. Então mesmo havendo um grande número de óbitos de pessoas que usaram a VMI, essas variáveis não estão associadas. ($p=0,069$).

Quanto ao desfecho da internação na UTI 86,4% dos pacientes que estiveram na UTI e usaram VMI foram a óbito, 13,6% não utilizaram e foram transferidos de

setor ou tiveram alta hospitalar. Então mesmo havendo um grande número de óbitos de pessoas que usaram a VMI, essas variáveis não estão associadas. ($p= 0,069$).

Quando relacionada o score MEWS o tempo de internação na UTI é, quando a escala tinha um valor alto o indivíduo permanecia menos tempo e quando a escala dava um valor baixo o paciente permanecia por mais tempo na unidade ($p= 0,005$).

A respeito do cruzamento do score MEWS e o uso da VMI, percebeu que 84 pessoas que usaram do suporte ventilatório tiveram um score baixo e, 31 tiveram o score alto. 13 pacientes que não usaram a VMI estavam com o MEWS baixo e 4 com o MEWS alto ($p=0,512$).

5 DISCUSSÃO

O conhecimento do perfil de gravidade do paciente que estão internados em uma UTI pode colaborar para o planejamento do cuidado, pois os mesmos podem apresentar singularidades, sujeitos a intervenção no tratamento determinado.

Confrontando as principais causas de internação na UTI, foi visto que mais de 49,2% dos prontuários indicam agravo neurológico como principal causa, seguida de insuficiência respiratória que representava 15,2%.

No contexto local esses agravos estão relacionados com as causas externas principalmente, violência urbana e os acidentes de trânsito. A mortalidade por causas externas na população jovem são os acidentes e a violência que configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, compreendem causas acidentais – ocorridas no; trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 – sob a denominação de causas externas (capítulo XX da CID 10). Esse conjunto denominado acima constitui as causas da natureza das lesões (MATOS; MARTINS, 2013).

Quanto aos motivos que levaram ao internamento, no estudo de Carvalho et al (2012), dos pacientes que fizeram uso da UTI, os mais frequentes foram às causas neurológicas (32%), seguido por trauma (25%), pós-operatório (21%) e respiratórias (12%).

Favarin e Camponogara (2012), ao fazer-se uma verificação detalhada sobre os diagnósticos de internação na UTI, identificam que, dentre as doenças infecciosas destacam-se: sepse e choque séptico, pneumonia, tétano, meningite bacteriana. Entre as doenças neurológicas, cita: trauma crânioencefálico, acidente vascular encefálico hemorrágico e isquêmico. Dentre as doenças metabólicas, há predominância de casos de insuficiência renal, cetoacidose diabética e insuficiência hepática. Insuficiência respiratória, doença pulmonar obstrutiva crônica e tromboembolismo pulmonar, configuram as doenças respiratórias são predominantes.

Em relação ao gênero, verificou que há uma predominância do sexo masculino 57,6%. Foi observada a mesma característica em alguns estudos. Dentre as variáveis demográficas encontradas no estudo de Melo et al (2015), também

observou a predominância do sexo masculino trazendo uma porcentagem de 62,8% contra apenas 37,20% do sexo feminino.

Também de acordo com a pesquisa de Rodriguez et al (2016), que trouxe nos seus 695 prontuários analisados 61,6% dos pacientes que fizeram uso da UTI eram do sexo masculino. Mostrando assim a prevalência da internação na UTI deste sexo em vários estudos.

No presente estudo foi observado que os pacientes admitidos na UTI do período estudado apresentavam média de idade de 54 anos, sendo que a mediana ficou em 55 anos. Favarin e Camponogara (2012), diz que a maior parcela da internação esta na faixa etária de 61 a 70 (26%) anos, seguida de 51 a 60 (18%) e por ultimo pacientes entre 71 a 80 (15%) anos, a idade média foi de 64,8 anos e a maioria eram idosos, ou seja, acima de 60 anos.

Entretanto, na pesquisa de Melo et al (2017), a faixa etária variou de 19 a 87 anos, predominando a faixa acima de 70 anos, com 57,1%, seguida da faixa de 61 a 70 anos, com 18,6%, e da faixa de 51 a 60, com 12,9%.

Esses dados podem estar relacionados com o aumento da expectativa de vida da população brasileira e com o perfil etário da população pesquisada (RODRIGUES et al, 2017).

Associando sexo e uso da VMI, 57,6% são homens e 42,4% mulheres, Destaca-se que tal característica é também observada por Lisboa et al (2012) que traz em sua amostra a predominância de pacientes do sexo feminino (54,55%) internadas em UTI e que usaram VMI.

Relacionando o tempo de uso da ventilação artificial e o tempo de internação na UTI vimos que os pacientes que usaram a ventilação mecânica por mais tempo tiveram a necessidade de um maior tempo de internação na UTI.

Assemelhando-se a pesquisa de Lisboa et al. (2012), que mostrava mais de 60% das causas de uso de da VMI relacionada a internação na unidade de terapia intensiva.

Melo et al (2017), relatam que a prótese ventilatória mais utilizada como via aérea permanente para conexão entre paciente e ventilador mecânico foi o TOT identificado entre a grande maioria dos pacientes 95,7%. É válido evidenciar que a prevalência dos pacientes inseridos estava internada na UTI no período de até uma semana, o que justifica o uso de grande escala do TOT.

Empregando o MEWS ao estudo, obtivemos os seguintes resultados; quando a escala apresentava um valor alto o paciente passava menos tempo na UTI e quando apresentava um score baixo o individuo tinha mais tempo de internação.

No estudo de Tavares et al. (2008), o tempo médio de permanência na UTI foi de $6,3 \pm 7,2$ dias, e a média do MEWS foi de $3,7 \pm 0,2$; $4,0 \pm 0,2$ e $5,1 \pm 0,2$ pontos, calculado 72, 48 e 24h antes da admissão à UTI, respectivamente. Registrou-se um percentual crescente de pacientes com MEWS > 3 pontos nas 72, 48 e 24h antes da admissão– 43,8%, 59,4% e 73,4%, respectivamente.

Percebe-se a importância de se estratificar o perfil de gravidade do paciente através de um score de fácil aplicação por parte dos profissionais.

No que diz respeito à mortalidade foi possível identificar uma taxa de óbito de 86,4%, um índice alto visto que a UTI está localizada em um hospital de referência da região, embora tenha que levar em consideração o primeiro atendimento do paciente, como ele foi trazido para o hospital, e na sua chegada ele já teria uma vaga de UTI ou ficou em outro setor do hospital aguardando tal vaga, dados semelhantes ao de Lisboa et al. (2012), onde 74,55% de sua amostra tiveram o mesmo resultado.

Quanto à evolução do quadro, os dados mostraram que 52 (50%) pacientes admitidos foram a óbito e 52 (50%) tiveram alta, dos quais 2 (2%) evoluíram para a alta hospitalar (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Melo et al (2017) apontaram em seu estudo que no desfecho clinico um pouco mais de 55% dos pacientes foram a óbito, dos demais 35,7% transferidos para setores da própria instituição e 5,7% transferidos para outra instituição.

Essa taxa de mortalidade esta relacionada com condições que antecederam a entrada do paciente na UTI. Assim torna-se importante também que outros setores e serviços de saúde apliquem instrumentos de estratificação da gravidade do paciente antes de encaminhá-lo para a UTI. Possibilitando então a identificação prévia do paciente critico.

6 CONCLUSÕES

O perfil do paciente que esteve internado na UTI do referido hospital, tem predominância do sexo masculino, sendo encontrado um perfil de 54%. A prevalência média de idade foi acima de 54 anos, sendo uma maioria de 87%. Os pacientes que estiveram na UTI por mais tempo foram os que estavam em uso de VMI, sendo também a maior taxa de uso, pacientes do sexo masculino. Em relação ao desfecho sua grande maioria foi a óbito, representando 57,6%.

O estudo demonstra que as maiorias dos pacientes internados em UTI foram pelas causas de agravos neurológicos, seguido de insuficiência respiratória e sepse. No contexto local esses agravos estão relacionados com as causas externas principalmente, violência urbana e os acidentes de trânsito. Desta forma, concluímos que essas patologias são as que mais levam pacientes a UTI, e por isso devem ter atenção especial por parte dos profissionais de saúde, no intuito de preveni-las e colaborar para diminuição da incidência das mesmas.

Empregando o MEWS ao estudo, os resultados foram que quando a escala apresentava um valor alto o paciente passava menos tempo na UTI e quando apresentava um score baixo o indivíduo tinha mais tempo de internação, sendo inversamente proporcional.

Este trabalho é de suma importância para profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores, em especial aos de enfermagem, que devem estar preparados para prestar uma assistência de qualidade aos clientes que estão internados em uma UTI e fazem uso da VMI, pelo fato de que eles apresentam um maior risco de complicações.

Estes resultados indicam a necessidade das equipes de saúde identificarem os pacientes que apresentam maior instabilidade para o acometimento destas variáveis e, a partir disso, desenvolverem estratégias para melhoria do quadro clínico visando otimizar o cuidado prestado e suporte adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAUJO, Madalena Lanner de. **Glossário experimental de pneumopatias do trabalho**:Ficha de Coleta atualizada em junho de 2012. 2012. Disponível em: http://www.ufrgs.br/textecc/pneumopatias/glossario_fase2/files/MADALENALANNER DEARAUJO_Ventilacaomecanica_NOVO.pdf Acesso em: 24 abr. 2017
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA INTENSIVA (AMIB). **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica – 2013**. São Paulo: AMIB, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010.**Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília – DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html Acesso em:15 Maio 2017
- CARVALHO, Naiara Zanquetta et al. Principais causas de internamento na unidade de terapia intensiva em um hospital de Maringá – PR. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 8., Maringá, PR, 2013. **Anais Eletrônico...** Maringá, PR: Editora CESUMAR, 2013.
- CINTRA, E. A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem do paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2008.
- DORNELLES, Cristian et al. Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.4, p. 796-801, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/22.pdf> Acesso em: 24 ago. 2017
- FAVARIN, Simone Spiazzi; CAMPONOGARA, Silviamar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev Enferm UFSM**, .2, n.2, p.320-329, maio/ago. 2012.
- FONTELLES, Mauro José et al. **Metodologia da pesquisa científica**: Associação de Medicina Intensiva Brasileira para elaboração de um protocolo de pesquisa. 2009. Disponível em:cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 24 ago. 2017.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- KNOBEL, Elias. Terapia itensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009.
- JOHNSON, Saumy; NILESWAR, Anitha. Effectiveness of Modified Early Warning Score (MEWS) in the Outcome of In-Hospital Adult Cardiac Arrests in a Tertiary Hospital. **J Pulm Respir Med**, v.5, n.4, 2015.

LISBOA, Débora D'Agostini Jorge et al. Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. **Journal of Biotechnology and Biodiversity**, v. 3, n. 1, p. 18-24, Feb. 2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, Karla Fonseca de; MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 14, n. 1 e 2, p. 82-93, dez. 2013.

MELO, Elizabeth Mesquita et al. Avaliação dos parâmetros ventilatórios em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, v.11, Supl. 3, p.1375-80, mar. 2017.

MELO, Elizabeth Mesquita et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes em ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UFPI**, v.4, n.3, p.3-41, jul./sep. 2015.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORTON, P.G. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

ROCHA, Thaís Flôr da; NEVES, Juliana Gibbon; VIEGAS, Karin. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. **Rev Bras Enferm.**, v.69, n.5, p.850-855, 2016.

RODRIGUES, Leiner Resende et al. Qualidade de vida de idosos comunitários e fatores associados. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.11, Supl. 3, p.1430-1438, mar. 2017.

RODRIGUEZ, Anita Hernández et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Rev Bras Enferm.**, v.69, n.2, p.229-234, mar./abr. 2016.

SWEARINGEN, P. L.; KEEN, J H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico: intervenções em enfermagem e problemas colaborativos**. 4.ed. São Paulo: Artmed, 2005.

TAVARES, R. C. F. et al. Validação de um escore de alerta precoce pré-admissão na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 2, abr./jun. 2008.

APÉNDICE

APENDICE A – Instrumento de coleta de dados

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário nº _____

Data da internação no HRTVM: _____

Motivo da internação no HRTVM¹:

Procedência de outro serviço () Registrar o nome do serviço e a sua localização (município/Estado)
Qual:

Meio de transporte até à emergência do HRTVM:

Tempo aproximado de transporte em horas: _____

Idade: ____ anos

Sexo: ____

Comorbidades²:

INTERNAÇÃO NA UTI

Data da internação na UTI: _____

Procedência de outro setor do HRTVM () Qual:

Motivo da internação na UTI³:

() Instabilidade hemodinâmica

() Sepses grave

() Falência renal

() Pós-operatório de _____

¹ Será considerado o diagnóstico registrado na admissão feita pelo profissional médico do respectivo setor. Em caso de agravo externo registrar o tipo (acidente automobilístico, Ferimento por Arma Branca, Ferimento por Arma de Fogo, espancamento, etc.).

² Doença(s) pré-existentes, além da doença em estudo, que pode(m) alterar o efeito de interesse no estudo.

³ Será considerado o diagnóstico registrado na admissão feita pelo profissional médico do respectivo setor. Em caso de agravo externo registrar o tipo (acidente automobilístico, Ferimento por Arma Branca, Ferimento por Arma de Fogo, espancamento, etc.).

- Hemorragia maciça
 Insuficiência respiratória
 Intoxicação exógena
 Agravo neurológico
 Outro(s) (agravos externos):

Doença(s) de base (UTI)⁴:

- Doença Cardiovascular
 Respiratória
 Metabólica
 Gastrointestinal
 Neurológica
 Renal
 Reumatológica
 Geniturinário

Outras:

Submetido a cirurgia Qual: _____
 Eletiva Urgência

Intervenções realizadas na UTI:

VMI Tempo em dias: _____

Oxigenioterapia Tempo em dias: _____ Tipo de dispositivo: _____

IOT TQT

Acesso venoso central Dissecção venosa Hemodiálise Quantidade de sessões: _____

SVF Droga vasoativa

Gasometria arterial no primeiro dia da VMI

Ph	
PO2	
PCO2	
PAO2/FIO2	

Uso de sedação Período em dias: _____

⁴ Doença primária ou condição antecedente e relacionada à gravidade que levou o paciente a ser admitido na UTI.

Tempo de atuação em UTI em anos: _____

Pós graduação: _____

- Na sua opinião o que pode estar relacionado com a mortalidade de paciente internado nesta UTI?
- O que diferencia a mortalidade de um paciente internado em uma UTI da morte que pode ocorrer em um paciente internado em outro setor?

ANEXO