



BACHAREL EM ENFERMAGEM

RICARDO LEANDRO DE JESUS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA**

MARABÁ-PA

2020

RICARDO LEANDRO DE JESUS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade Carajás
como requisito parcial para obtenção de título de
Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Kezia Porto Lima

Marabá-PA
2020

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

J585p Jesus, Ricardo Leandro de
Perfil epidemiológico das internações em unidades de terapia
intensiva: revisão integrativa / Ricardo Leandro de Jesus. –
Marabá, 2020.
45 p. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade
dos Carajás, Curso de Bacharelado em Enfermagem, 2020.
Orientadora: Prof.^a M.^a Kézia Porto Lima

1. Perfil em saúde. 2. Unidade de terapia intensiva. 3.
Cuidados críticos. 4. Epidemiologia. I. Título.

CDD 610.7361

FOLHA DE APROVAÇÃO

RICARDO LEANDRO DE JESUS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade Carajás como requisito parcial para
obtenção de título de Bacharelado em Enfermagem.

Cilene Aparecida de Souza Melo

Prof. Msc.

Karla Katariny Nitão Loureiro

Prof. Esp.

Kézia Porto Lima

Prof. Msc.

Marabá, 22 de maio de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha mãe Madalena Maria de Jesus, que muito me motivou e apoiou para realiza-lo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pela vida, força e sabedoria para percorrer toda esta caminhada, e a Ele toda Honra e Glória.

À minha mãe, Madalena, que batalhou incansavelmente para me oportunizar essa grande conquista, pelos conselhos, pelas constantes orações, aos cuidados dedicados a mim nos momentos de maiores dificuldades.

A minha orientadora, Prof^a. Ms. Kézia Porto Lima, que incansavelmente lutou por meses, dedicando o melhor de si, doando seu valioso conhecimento para que o resultado deste estudo fosse a excelência, pelos conselhos, pela paciência os puxões de orelha que irei guardar com carinho.

As minhas amigas da faculdade Luana Maria e Maria Gabriela, que me ajudaram nos momentos difíceis, com conselhos e suportando aqueles momentos de estresse. A minha amiga Brena Katherine que também me auxiliou nos momentos de sufoco da faculdade, e me ajudou com diversas orientações.

Ao meu amigo Ozeas Chagas, que me ajudou nos momentos de correria, com empréstimo de materiais para a finalização deste estudo.

A todos de modo geral, que em algum momento colaborou para que eu pudesse chegar ao final dessa jornada.

*“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.
Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;
Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;
Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar;
Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar;
Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;
Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar;
Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.”*

(Eclesiastes 3:1-8)

RESUMO

Introdução: Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, insumos específicos, equipe multidisciplinar e recursos tecnológicos para o reestabelecimento da condição de saúde dos usuários

Objetivo: Analisar a produção científica sobre o perfil epidemiológico das internações em leitos de UTIs. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Utilizou-se como fonte de estudo as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, Scienyific Eletronic Library Online (Scielo) e Cochrane Brasil. **Resultados:** Essa é uma temática atual, da qual 50% dos artigos foram publicados no ano de 2016, as demais publicações distribuíram-se igualmente nos outros 4 anos, 12,5% respectivamente. Foram realizadas no Brasil 87,50% e Equador 12,50%. Enfermagem 37,50% e Medicina 50% foram as profissões que desenvolveram os estudos inseridos nesta revisão, 12,50% não informou a profissão dos autores. Todos os artigos científicos eram estudos epidemiológicos, sendo a maioria do tipo retrospectivo, descritivo e quantitativo.

Discussão: Observou-se nessa RIL, que dentre os dados sociodemográficos, somente idade e sexo foram abordados por todos os autores. As demais variáveis como: escolaridade, religião e etnicidade foram descritas por apenas alguns estudos.

Conclusão: Foram analisados à escassez de publicações abordadas, desta forma, ressalta-se a necessidade da elaboração de novas pesquisas, para que sejam desenvolvidas estratégias visando a vigilância dos protocolos em relação a classificação e a real priorização dos pacientes graves em leitos de alta complexidade, afim de aperfeiçoar a assistência prestada ao paciente e a diminuição das filas de espera por leitos.

Palavra-chave: Perfil em saúde, Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados Críticos e epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Intensive Care Unit (ICU) is a critical hospital area intended for the admission of critically ill patients, requiring continuous specialized professional attention, specific inputs, multidisciplinary team and technological resources for reestablishing the users' health condition. **Objective:** To analyze the scientific production on the epidemiological profile of ICU bed admissions. **Methodology:** This work is an Integrative Literature Review (ILR). The Latin- American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Cochrane Brazil were used as a study source. **Results:** This is a current theme, from which 50% of the articles were published in 2016, the other publications were equally distributed in the following 4 years, 12,5% respectively. The percentage of publications was 87,50% in Brazil and 12,50% in Ecuador. Nursing 37,50% and Medicine 50% were the professions that developed the studies included in this review, 12,50% did not report the authors' profession. All the scientific articles were epidemiological studies, most of them being retrospective, descriptive and quantitative. **Discussion:** Epidemiology is the knowledge of the causes that point out the regularity and division of diseases in society, exploring the organization and fundamental conditions of illnesses, health damages and episodes related to public health, proposing the elimination of diseases and establishing parameters that serve as a basis for the planning, management and analysis of health practices. It was observed in this ILR that among the sociodemographic data, only age and gender were addressed by all authors. Other variable such as: schooling, religion and ethnicity were described by only a few studies. **Final Considerations:** The lack of addressed publications was analyzed, thus, emphasizing the need for the development of new researches, in order to develop strategies aimed at monitoring protocols in relation to classification and real prioritization of critically ill patients in beds of high complexity, in order to improve the assistance provided to the patients and the reduction of queues for beds.

Descriptors: Health Profile, Intensive Care Unit, Critical Care and Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados de acordo com os critérios de inclusão.....	25
--	----

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EUA – Estados Unidos das Américas

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organizações Pan-Americanas de Saúde

ONU – Organizações das Nações Unidas

RIL – Revisão Integrativa de Literatura

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO	9
1 - INTRODUÇÃO	13
2 - OBJETIVOS	16
2.1 GERAL.....	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 - JUSTIFICATIVAS	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.1 LEGISLAÇÕES QUE FUNDAMENTAM O ACESSO AOS LEITOS DE UTI ...	18
4.2 BOAS PRÁTICAS PARA OTIMIZAÇÃO DO ACESSO AOS LEITOS DE UTI	19
5 METODOLOGIA.....	22
5.1 – TIPO DE ESTUDO	22
5.2 – LOCAL DE ESTUDO.....	22
5.3 – AMOSTRA.....	22
5.4 - ANÁLISE DE DADOS.....	22
5.5 - ASPECTOS ÉTICOS.....	23
5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
5.6.1 Critério de Inclusão	23
5.6.2 Critério de Exclusão.....	23
5.7 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	23
6. RESULTADOS	25
7 – DISCUSSÕES	35
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
9 – REFERÊNCIAS	41
10 - APÊNDICES.....	46

1 – INTRODUÇÃO

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, insumos específicos, equipe multidisciplinar e recursos tecnológicos para o reestabelecimento da condição de saúde dos usuários (BRASIL, 2010).

A UTI é reservada ao tratamento de pacientes cuja condição de saúde seja de alta complexidade, que careçam de cuidados intensivos e acompanhamento contínuo; os profissionais de saúde intensivistas precisam ter domínio do manuseio de equipamentos tecnológicos e destreza nos procedimentos invasivos, além de segurança nas tomadas de decisões. É necessário ainda profundo conhecimento sobre eventos adversos (RODRIGUEZ et al., 2016).

Nas últimas décadas a medicina intensiva vem mostrando importantes progressos, as UTIs expandiram significativamente e tornaram-se responsáveis por grande parte dos custos financeiros do sistema de saúde. Atualmente, nos EUA, os gastos com todos os custos que envolvem os leitos de UTI, totalizam cerca de 1% de seu Produto Interno Bruto (GUIA et al., 2015). Filho et al. (2017), descreveu em seu estudo conduzido em Rondonópolis-MT, que o custo de uma internação em UTI Adulto Geral é de R\$ 1.533,65 por pacientes ao dia.

Com a produção de pesquisas que tratem do custo de serviços em saúde, espera-se que profissionais desta área possam definir informações que venham contribuir no levantamento de indicadores acerca das despesas com a assistência e que abrangerão despesas com diagnósticos, recursos humanos e insumos. Assim servirá de parâmetro na construção de instrumentos e protocolos de assistência, que possam ser elaborados a partir da realidade dos custos (SANTOS, 2009)

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), o número de leitos de UTI disponíveis no Brasil é de aproximadamente 41 mil, distribuídos para 210 milhões de brasileiros (IBGE, 2019; CNES, 2016). Metade deste número é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a outra parte está destinada as instituições privadas e planos de saúde, que hoje, assistem cerca de 25% da população. Embora o número de leitos de UTIs nos últimos anos tenham sido ampliados, um aumento em torno de 7.500 leitos, ainda é insuficiente a oferta destes no SUS (BORGES et al., 2017).

Ademais análises do censo de 2016 da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), mostra que dos leitos cadastrados, 20.523 são do SUS e 21.218 são leitos suplementares (leitos particulares). O sudeste é a região que possui maior número de leitos, totalizando 50,1%, seguido da região Nordeste com 20,2%, Sul 14,7%, Centro-Oeste 8,5% e Norte com 6,6% (AMIB, 2016).

A portaria 1.101 de 2002 do Ministério da Saúde (MS), estipulava 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, dos quais 4% a 10% estão reservados às UTIs (BRASIL, 2002). No entanto essa portaria foi revogada pela portaria 1.631 de 2015 do MS (BRASIL, 2015). A AMIB aponta que 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes seriam o ideal (AMIB, 2010). Nessa perspectiva, torna-se imprescindível entender o perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados na UTI, uma vez que esse conhecimento permitirá elaborar rotinas para a melhoria da qualidade dos cuidados aos usuários e maior capacidade na utilização de recursos (GUIA et al., 2015).

Em UTI, dados a respeito das características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes contribuem para estabelecer indicadores qualitativos e quantitativos, contribuindo para o aprimoramento da assistência aos pacientes, principalmente na prevenção de complicações e garantia de suporte especializado (RODRIGUEZ et al., 2016).

O conhecimento do perfil epidemiológico sobre o perfil das internações em leitos de alta complexidade, proporciona aos profissionais da saúde a organização do cuidado. Do mesmo modo, compreender os tipos de agravos mais recorrentes subsidia a equipe a criar práticas de educação permanente, aquisição de equipamentos e a adequação do sistema da unidade. Outras questões que auxiliam para avaliar a assistência ao paciente hospitalizado em UTI, referem-se ao período de internação, taxa de morbidade e origem dos pacientes (RODRIGUEZ et al., 2016).

No tempo em que se atinge a quantidade de pedidos de novas admissões em leitos vagos, algumas buscas são recusadas, desenvolvendo assim uma fila de espera (Goldwasser et al., 2018). Com a necessidade de agilizar o serviço em saúde, criou-se uma portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), onde trata das centrais de regulação, de acordo com o Art. 2º:

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades

operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Conhecer o perfil dos pacientes de UTI, pode contribuir nas admissões e altas desse setor, pois, a informação da descrição dos doentes críticos possibilita a implantação de critérios objetivos para esse propósito de modo a viabilizar a utilização dos leitos de maneira mais criteriosa, privando que o paciente seja exposto a riscos desnecessários. Identificar os pacientes dentro de critérios, é condição fundamental para programar e estruturar a assistência nas UTIs e nos hospitais que recebem os pacientes no seguimento do tratamento (MOREIRA et al., 2013).

Desta forma, indaga-se, o que as evidências científicas descrevem sobre o perfil das internações em leito de UTI?

2 – OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a produção científica sobre o perfil epidemiológico das internações em leitos de UTI.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os agravos a saúde que resultam na hospitalização dos pacientes em leitos de UTI;
- Descrever as características sócio demográficas dos pacientes hospitalizados em leitos de UTI;
- Descrever as características da internação em leitos de UTI (procedência, causas das internações, tempo de internação, destino pós alta da UTI, período do dia em que ocorreram admissões e altas).

3 – JUSTIFICATIVAS

Devido a riscos específicos relacionados a internações prolongadas e o grande custo para os sistemas de saúde, pesquisas em UTI despertam grande interesse científico e político (CASTRO et al., 2012). Sendo assim, justifica-se a importância de compreender as características dos pacientes internados em leitos de alta complexidade, seja em estabelecimentos públicos ou particulares, por gerar dados que contribuem com gestores e profissionais de saúde, propiciando melhor planejamento e reconhecimento das necessidades de recursos direcionado a qualidade da assistência e proteção do paciente crítico (MOREIRA et al., 2013).

A perspectiva é que os dados obtidos nesta Revisão Integrativa da Literatura (RIL), auxiliem a gestão de serviços de saúde, uma vez que esta metodologia permite reunir um compilado de evidências científicas sobre um tema de estudo. Assim, conhecer o perfil epidemiológico das internações em leitos de UTI, contribuirá em tomadas de decisões por profissionais de saúde e gestores, beneficiando o usuário final do serviço, o paciente.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 LEGISLAÇÕES QUE FUNDAMENTAM O ACESSO AOS LEITOS DE UTI

De acordo com o Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, “ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O Art. 7º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, assegura que os princípios do SUS sejam aplicados a todos os cidadãos, tais como, universalização: saúde é um direito de todas as pessoas e o Estado tem o dever de garantir este direito; equidade: diminuir a desigualdade, realizar mais investimentos onde há maior necessidade; integralidade: realizar a integração de ações tanto da saúde como de outras políticas públicas para garantir a qualidade de vida da população (BRASIL, 1990).

A Portaria nº466 de 04 de junho de 1998, trata da regulação técnica para o desempenho dos serviços em tratamento intensivo, estabelece padrões de materiais e recursos humanos adequados a uma UTI, bem como, a classificação conforme o nível de complexidade do paciente e reconhecimento de ameaça pelo modelo de atendimento fornecido (BRASIL, 1998).

O Art. 9º da Lei nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 discorre sobre o “Complexo Regulador, caracterizando-o como a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores”, sendo esses complexos reguladores “Estadual, Regional e Municipal”. Essa portaria assegura a organização das redes e o fluxo assistencial fornecendo acesso equânime, hábil e completo ao sistema de saúde (BRASIL, 2008).

De acordo com o PARECER nº 00213/2017 de 2 de março de 2017, o MS não pode assegurar leitos de UTI para nenhum cidadão, mesmo com ordens judiciais, pois essa responsabilidade compete a estados e municípios, assim como a adequada aplicação direta dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) criou parâmetros para que fossem realizadas admissões em leitos de UTIs, para que houvesse uma utilização coesa desses leitos e assim fornecer respaldo aos médicos intensivista em instituições públicas ou particulares do país (BRASILIA, 2016).

De acordo com o CFM, por meio da Resolução nº 2156, de 28 de outubro de 2016, no Art. 6º relata 5 critérios para que os pacientes possam ser admitidos em leitos de UTI:

1. Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. 2. Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. 3. Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. 4. Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica. 5. Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista (CFM, 2016).

Sendo assim, o médico da instituição realiza a classificação do paciente e notifica, informando a central de regulação, para que então este paciente seja encaminhado a unidade que melhor atendera sua condição de saúde. Desta forma, alguns estados e municípios tem realizado ações para otimizar o acesso à leitos de UTI (CFM, 2016).

4.2 BOAS PRÁTICAS PARA OTIMIZAÇÃO DO ACESSO AOS LEITOS DE UTI

Para otimização da fila de espera para leitos de UTI, adotou-se no DF algumas medidas pela secretaria de saúde: regulação de serviços essenciais como hemodiálise, contrato de *home care*, contratação de oxigenoterapia e mudança na alta médica. Com isso, acredita-se que um paciente aguarde por até 12h até a liberação de um leito, contando a partir do momento da solicitação (BRASIL, 2020).

Entre 2011 e 2017 o governo do Paraná criou 792 novos leitos de UTI, ampliando em 67% a oferta disponível (BRASIL, 2017). Em Curitiba-PR, para diminuir

a fila de espera por leitos de UTI, o governo entrou em parceria com uma instituição privada, realizando a abertura de 45 novos leitos (BRASIL, 2018).

O MS expandiu o número de leitos de UTI em 2019, foram 1.424 leitos para unidades do SUS, este número abrangeu as 5 regiões do Brasil, na qual foram 99 leitos para o Centro-Oeste, 297 para o Nordeste, 190 para o Norte, 300 para o Sudeste e 144 para o Sul. Dessas unidades, 729 dirigidas para adultos e 695 pediátricos (BRASIL, 2020).

O Governo do estado de São Paulo ampliou os serviços hospitalares, criou-se 20 novos leitos de UTI neonatal e com o intuito de agilizar esses serviços, estabeleceu o primeiro núcleo regional da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde no município de Campinas. Estabeleceu-se ainda, o aumento das equipes multidisciplinares de saúde para atender essa demanda (BRASIL, 2018).

O Hospital Municipal de Americana-SP recebeu um investimento de 970 mil em 10 modernos ventiladores pulmonares com o objetivo melhorar a UTI municipal (BRASIL, 2020).

No Acre o governo destinou 3,7 milhões de reais para a UTI do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco, para realizar obras físicas no setor ampliando número de leitos e também aquisição de equipamentos e mobiliário (BRASIL, 2018).

Em Guaratã do Norte-MT a prefeitura adquiriu com recursos próprios uma UTI móvel, com intuito de melhorar o atendimento de pessoas com enfermidades mais complexas que necessitam de transferências (BRASIL,2017).

No Amapá o governo adquiriu 45 novos respiradores para ampliar a melhoria no atendimento de pacientes graves, esses respiradores seriam distribuídos nos hospitais da capital e no município de Santana-AP (BRASIL,2019).

A Secretaria Municipal de Saúde de Linhares-ES realizou a aquisição de um consultório odontológico portátil e juntamente uma equipe de dentistas, para realizar tratamentos dentários em casos de urgência, e assim, diminuir índices de infecção hospitalar dentro da UTI (BRASIL,2018).

Em Jundiaí-SP o governo adquiriu 20 novos respiradores e conseqüentemente otimizando o atendimento aos pacientes que necessitam dessas ferramentas em UTI (BRASIL,2019).

Um hospital Universitário em Manaus-AM realizou compra de 146 itens para serem investidos na unidade, esses equipamentos realizaram a reativação da UTI da instituição, dentre os equipamentos destacam-se: ecocardiograma, ventiladores

pulmonares, monitores multiparamétricos, sensores de saturação, traqueias, dentre outros (BRASIL,2019).

5 - METODOLOGIA

5.1 – TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Este método tem como intuito compilar e resumir resultados de estudos a respeito de um dado conteúdo ou questão, de forma sistemática e organizada, auxiliando no aperfeiçoamento do conhecimento do tema pesquisado (LIMA et al., 2016).

5.2 – LOCAL DE ESTUDO

Por tratar-se de uma pesquisa que utiliza dados secundários, utilizou-se como fonte de estudo artigos científicos disponíveis nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, Scienyific Eletronic Library Online (Scielo) e Cochrane Brasil.

5.3 – AMOSTRA

A amostra foi composta por 8 artigos científicos, extraídos da base de dados previamente estabelecidas, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 5 anos (2015 a 2019), com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: Perfil em Saúde, Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados Críticos e Epidemiologia.

Os artigos foram submetidos ao processo de leitura e análise crítica. Todos os artigos foram inseridos em uma planilha do *Microsoft Excel*® 2019 contendo dados de identificação do estudo: base de dados, título, autores, periódico, ano da publicação, revista, idioma, local, método, objetivo e conclusão (APÊNDICE A). A síntese integrativa foi construída por meio da descrição das características gerais da produção científica, com ênfase na descrição narrativa dos resultados e conclusões destas pesquisas, totalizando após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 8 artigos científicos que responderam à pergunta de pesquisa.

5.4 - ANÁLISE DE DADOS

Os artigos selecionados foram inseridos em uma planilha do *Microsoft Excel*® 2019, onde foi detalhado informações sobre os estudos. Após a construção dessa

planilha, realizou-se a análise crítica das características das publicações e a apresentação de seus resultados, discussões e conclusões que respondiam aos objetivos propostos por esta RIL.

5.5 - ASPECTOS ÉTICOS

Por ser uma pesquisa de dados secundários, essa metodologia não necessitou de autorização em Comitê de Ética e Pesquisa, assim como de documentação que garantisse os direitos de pesquisa em humanos, no entanto por parte dos pesquisadores, assegura-se aspectos autorais, preservando a originalidade dos artigos selecionados, empregando para realizar as citações e referências aos autores as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.6.1 Critério de Inclusão

Foram incluídos nessa pesquisa, artigos científicos de estudos realizados em humanos, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 5 anos (2015 a 2019) em bases de dados previamente definidas, relacionados a UTI geral, disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol.

5.6.2 Critério de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os trabalhos que não respondessem aos critérios propostos, teses e dissertações, editoriais e artigos não disponíveis na íntegra ou ainda que estivessem relacionados a UTI específica de pediatria ou de queimados.

5.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Esta pesquisa terá importância para o meio científico, pois tem como objetivo fomentar o aprofundamento de pesquisas em relação a pacientes de alta complexidade, colaborando assim para melhor assistência hospitalar. As informações servirão para auxiliar a gestão dos serviços, permitindo o conhecimento acerca do perfil epidemiológico desses pacientes. Tal informação beneficiará o aperfeiçoamento profissional das equipes de saúde, uma vez que identifica na literatura, as principais

comorbidades que levam os usuários a ocuparem esses leitos e dados sociodemográficas desses pacientes.

Essas informações poderão também beneficiar a estruturação de políticas públicas de saúde direcionadas a prevenção de doenças que tem levado a população a necessitarem de cuidados de alta complexidade, bem como atingir o perfil de pessoas que se encontram em risco para tal.

6. RESULTADOS

Por meio da análise crítica dos 8 artigos identificados, evidenciou-se que foram escassas as produções científicas sobre o perfil epidemiológico dos pacientes internados em leitos de UTI, os artigos relatados nesta RIL foram encontrados na base de dados LILACS, as demais não atenderam aos critérios estabelecidos. Essa é uma temática atual, da qual 50% dos artigos foram publicados no ano de 2016, as demais publicações distribuíram-se igualmente nos outros 4 anos, 12,50% respectivamente. Observou-se que a maioria das pesquisas foram realizadas no Brasil (87,50%), um único estudo internacional foi produzido no Equador (12,50%).

Dentre as cidades brasileiras que desenvolveram estudos nesta temática, identificou-se: São Paulo-SP, Florianópolis-SC, Rio de Janeiro-RJ, Paranoá-DF, Brasília-DF, Marília-SP e Porto Alegre-RS. Quanto a profissão dos autores das produções científicas, Médicos publicaram 50% desta amostra, Enfermeiros 37,50%, e 12,50% dos artigos não informava a profissão dos autores. Todos os artigos científicos eram estudos epidemiológicos com abordagem retrospectiva, descritiva e quantitativa.

A síntese e caracterização desta amostra está disponível no quadro 1, a seguir:

Base de Dados	Título	Autores	Periódico (vol., nº, pág., ano)	Método	Objetivo	Resultado e Conclusão
Lilacs	Perfil epidemiológico de pacientes internados em UTI na Faculdade de Medicina de Marília	Silene El-Fakhouri, et al.	Rev assoc med Bras 2016; 62(3):248-254	Retrospectivo, Descritivo e Quantitativo.	Caracterizar o perfil epidemiológico da população hospitalizada na UTI do Hospital das Clínicas de Marília (FAMEMA).	Apresentou um perfil epidemiológico semelhante a outras unidades no Brasil e no mundo, identificado: idosos do sexo masculino, baixa escolaridade, católicos e brancos como os principais indivíduos em sua amostra. As doenças do sistema circulatório foram a principal causa de internação na UTI e óbito.
Lilacs	Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva	Anita Hernández Rodrigue z et al.	Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 mar-abr;69(2):229-34.	Estudo epidemiológico , descritivo e retrospectivo.	Descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes internados em uma UTI de um hospital de referência no sul de Brasil.	61,6% dos pacientes são do sexo masculino, idade de 40 a 69 anos, e maioria proveniente do centro cirúrgico. O motivo de internação foram as doenças do aparelho circulatório (23,3%). Ao receber alta da UTI, 72,4% foram encaminhados para outras unidades da instituição, 31,1% para unidade de tratamento semi-intensivo e 20,4% foram a óbito. O turno de trabalho que ocorreram admissões e altas foi o vespertino, com 45,8% das admissões e 53,3% das altas.

Lilacs	Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo	Keroulay Estebane z Roque et al.	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(10):e000818 15, out, 2016	Estudo prospectivo	Avaliar a ocorrência de eventos adversos e o impacto deles sobre o tempo de permanência e a mortalidade na UTI de um hospital de ensino.	Este estudo destaca o sério problema dos eventos adversos na assistência à saúde prestada na terapia intensiva e os fatores de risco associados à incidência de eventos. Dos pacientes, 25,2% tinham mais de 74 anos, a maioria dos pacientes foi internada por motivo cirúrgico (74,9%) durante a internação na UTI. O tempo médio de internação, na enfermaria, foi de 9,9 dias. No Brasil, poucas pesquisas são de caráter longitudinal e se prestam à identificação de fatores de risco associados à incidência de eventos. Novos estudos devem não somente descrever a tendência temporal, como também levar, em conta, a correlação que existe entre medidas sucessivas e estimar a taxa de mudança ao longo do tempo.
Lilacs	Perfil de morbimortalidade e da UTI de um hospital universitário	Yasmin Viegas da Cruz et al.	Journal Health NPEPS. 2019 jul-dez; 4(2):230-239.	Quantitativo, descritivo e documental.	Analisar o perfil de morbimortalidade da UTI de um hospital universitário.	Identificou-se que a maioria dos usuários internados eram mulheres, com faixa etária de 39 a 59 anos, casadas e com doença crônica. As principais causas de internação foram por complicações

						do pós-operatório, choque séptico e insuficiência respiratória. Mulheres e homens tiveram como causas de mortes mais frequentes pneumonia, disfunção de múltiplos órgãos e choque séptico.
Lilacs	Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma UTI geral de hospital público do Distrito Federal	Cláudio Mares Guia et al.	Com. Ciências Saúde. 2015; 26(1/2): 9-19.	Observacional retrospectivo.	Descrever os dados epidemiológicos e principais desfechos de pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva de um hospital público de Brasília-DF e também avaliar variáveis associadas à mortalidade.	A população de idosos constituíram a maior proporção dos pacientes admitidos na UTI do Hospital Regional do Paranoá. A mortalidade foi elevada e esteve associada ao grau severidade da doença aguda e ao estado prévio do paciente à admissão na UTI. Os principais motivos de internação foram as doenças respiratórias (28,6%, N=54), fratura de quadril (27,5%, N=52) e doenças cardiovasculares (15,6%, N=30). A mortalidade foi de 38,6% (N=73).
Lilacs	Ventilação mecânica em pacientes da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário geral do sul do Brasil: um	Léa Fialkow et al.	CLINICS 2016;71(3):145-151.	Coorte em perspectiva.	Determinar as características, a frequência e as taxas de mortalidade de pacientes que necessitam de ventilação mecânica e identificar os fatores de risco associados à mortalidade na UTI	A taxa de mortalidade dos pacientes que necessitaram de ventilação mecânica foi maior. Os fatores de risco para mortalidade hospitalar incluíram condições presentes no início das condições de ventilação mecânica que

	estudo epidemiológico				de um hospital universitário geral do sul do Brasil.	ocorreram durante o suporte mecânico. A taxa de mortalidade foi de 51%. A média de idade foi de 57 variáveis independentemente associadas à mortalidade foram (i) condições presentes no início da ventilação mecânica, idade.
Lilacs	Análise de eventos adversos em pacientes internados UTI.	Daniela Benevides Ortega et al.	Acta Paul Enferm. 2017; 30(2):168-73.	Transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa.	Avaliar a incidência de eventos adversos e associá-los com a carga de trabalho de enfermagem, o dimensionamento da equipe de enfermagem e o perfil de gravidade do paciente avaliados por escalas preditoras.	Houve maior incidência de eventos adversos em pacientes que exibiram um perfil de maior risco e gravidade identificados por meio de escalas preditoras. Ocorreram 39 eventos adversos sendo a lesão por pressão a mais prevalente. Os pacientes que apresentaram algum evento teve maior média de idade, maior prevalência de internações clínicas, internações mais prolongadas, maior escala Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, maior pontuação do Nursing Activities Score (NAS), menor escore na escala de Braden e menor escala de Glasgow e não tiveram diferenças significantes em relação

						ao dimensionamento da equipe de enfermagem.
Lilacs	Caracterização demográfica e epidemiológica da UTI do Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de 2014 a 2016	Santiago David Salazar Coba et al.	REVISTA MÉDICA - CIENTÍFICA CAMBIOS HCAM 2018; 17(1):21-29	Corte transversal.	Determinar o perfil epidemiológico das principais patologias atendidas pela unidade UTI-HECAM; estabelecer a porcentagem de mortalidade por patologia em pacientes com permanência superior a 48 horas; comparar as descobertas com estudos semelhantes.	Os idosos foram a população mais frequente na UTI-HECAM. A mortalidade é semelhante aos estudos locais e internacionais. A disfunção orgânica mais frequente foi insuficiência respiratória. O NAV atrasado, o delírio e a polineuropatia têm um risco aumentado de mortalidade na análise multivariada. 60,4% eram do sexo masculino, a taxa bruta de mortalidade foi de 23,4% e 21,16% nas internações acima de 48 horas. A mediana da idade foi de 59 anos. A mediana da estadia foi de 3,16 dias. As patologias mais frequentes foram insuficiência respiratória (48,10%), distúrbios metabólicos (42,94%) e choque séptico (30,4%).

Identificou-se nos estudos que compõe esta amostra, o seguinte perfil sociodemográfico dos pacientes hospitalizados em leitos de UTI descritos na literatura: em relação ao sexo, houve uma divisão na amostra, onde 50% das pesquisas evidenciaram que mulheres foram as maiores usuárias dos leitos de UTI: Guia et al. (2015), teve em uma amostra composta por 189 pacientes de uma UTI pública do Distrito Federal a prevalência do sexo feminino em 56,6% dos pacientes, assim como o estudo de Ortega et al. (2017), que observou essa prevalência em sua amostra de 304 pacientes sobre eventos adversos em uma UTI privada de São Paulo, 52% eram mulheres. No estudo de Roque et al. (2016), apontou que de 355 pacientes avaliados, 189 eram do sexo feminino, Cruz et al. (2019) indicou que de 86 prontuários analisados, 56,9% eram mulheres.

Os demais artigos que compõem essa RIL, identificaram os homens como os principais usuários dos serviços de UTI: Rodriguez et al. (2016), em 695 prontuários analisados, 61,6% eram do sexo masculino, assim como os estudos de Fialkow et al. (2016), analisou 1.115 pacientes, desses 582 (52%) era homens, El-fakhouri et al. (2016) relata que o retrato do público atendido era majoritariamente homens (57,91%), no estudo realizado por Coba et al. (2018), na amostra analisada, 60,4% eram pacientes do sexo masculino.

Sobre a idade dos pacientes hospitalizados em leitos de UTI descrito nas pesquisas, identificou-se a idade mínima de 14 anos (RODRIGUEZ et al., 2016) e a idade máxima foi 90 anos (GUIA et al., 2015).

Alguns dados sociodemográficos dos pacientes internados nos leitos de UTI estão melhor detalhados em algumas publicações, no entanto não houve um padrão dessas informações de forma global entre os estudos.

Ao analisar a escolaridade dos pacientes, Roque et al. (2016) identificou que 12 pacientes em sua amostra eram analfabetos, 22 possuíam ensino superior completo, 96 possuíam ensino médio e 200 dos pacientes cursaram o ensino fundamental. El-fakhouri et al. (2016), relatou que 63,30% dos pacientes tinham ensino fundamental completo.

Dos 8 artigos que compõe esta RIL, 75% dos estudos não relataram o nível de escolaridade do público pesquisado (RODRIGUEZ et al., 2016; GUIA et al., 2015; CRUZ et al., 2019; ORTEGA et al., 2017; COBA et al., 2018; FIALKOW et al., 2016).

Identificou-se que apenas um estudo desta amostra (12,50%) detalhou a religião dos pacientes hospitalizados em leitos de UTI: El-fakhouri et al. (2016), menciona que os usuários eram católicos e protestantes.

Em 87,5% dos artigos científicos desta RIL, não se evidenciou a religião dos pacientes (RODRIGUEZ et al., 2016; GUIA et al., 2015; CRUZ et al., 2019; ORTEGA et al., 2017; ROQUE et al., 2016; COBA et al., 2018; FIALKOW et al., 2016).

Quanto à etnia dos pacientes, foi relatada em 25% dos estudos desta amostra. Roque et al. (2016), observou que 189 pacientes eram brancos, 105 pardos e 46 negros. El-fakhouri et al. (2016), destacou que 77,10% declaravam-se brancos. Os demais estudos, 75% não informaram sobre etnicidade (CRUZ et al., 2019; ORTEGA et al., 2017; COBA et al., 2018; RODRIGUEZ et al., 2016; GUIA et al., 2015; FIALKOW et al., 2016).

Em relação a procedência anterior a internação na UTI, os locais citados na literatura foram: centro cirúrgico, outras instituições de saúde, setores do próprio hospital, pronto atendimento, unidade de internação, hospitais públicos e privados.

Rodriguez et al. (2016), relata que 52,5% dos pacientes foram admitidos na UTI provenientes do Centro Cirúrgico, seguido do pronto atendimento em 24,6% das internações e provenientes de outras instituições de saúde em 12,4%, as admissões de setores do próprio hospital totalizaram 6,2%. Ortega et al. (2017), descreve em sua pesquisa sobre eventos adversos dentro da UTI, 31 pacientes vieram da unidade de internação, 99 pacientes vieram do centro cirúrgico e 174 eram procedentes do pronto atendimento.

Fialkow et al. (2016), identificou que 56% dos pacientes vieram das enfermarias da própria instituição, 25% do pronto atendimento e 19% de outros hospitais, Coba et al. (2018), descreve que vieram do pronto atendimento (35,7%), centro cirúrgico (37,9%), hospitalização (22,5%) e outros (3,9%), Cruz et al. (2019), relatam no estudo realizado em um hospital universitário de Cuiabá-MT, que do público pesquisado, 81,4% eram de unidades do próprio hospital, 13,9% oriundos de hospitais públicos e 4,7% de hospitais privado.

El-fakhouri et al. (2016), não relata a procedência interna, mas expõe a externa, no período estudado os pacientes admitidos eram em maioria de municípios vizinhos ao local de realização do estudo, cidades como Marília-SP (53,81%), Garça-SP (4,25%) e Vera Cruz-SP (2,37%), de modo semelhante, Guia et al. (2015), identificou nas internações do Hospital Regional de Paranoá-DF, 85,7% pertenciam as Cidades

Satélites que circundam Brasília, 6,3% demais localidades, 5,7% Região Administrativa de Brasília e 2,6% dos municípios vizinhos. Um único estudo não descreveu a origem dos pacientes (12,50%) (ROQUE et al., 2016).

Quanto a causa das internações nas UTI, identificou-se os seguintes agravos a saúde: doenças do aparelho circulatório, doenças do trato respiratório, complicações no pós-operatório ou a necessidade de monitoramento dos pacientes no pós-operatório imediato.

Na análise realizada por Rodriguez et al. (2016) e por El-fakhouri et al. (2016), puderam observar as doenças do aparelho circulatório como a principal causa das internações nos leitos de UTI.

Ortega et al. (2017), Guia et al. (2015) e Coba et al. (2018), relataram que a causa mais frequente nas internações foram doenças respiratórias.

Nas informações avaliadas por Cruz et al. (2019), identificaram que a principal razão de internações na UTI, estava associada a complicações no pós-operatório ou a necessidade de monitoramento dos clientes em pós-operatório imediato (37,9%), já Roque et al. (2016), relata que 74,9% são admitidos por motivos cirúrgicos.

Apenas um estudo (12,50%), não informa os motivos das internações na UTI: (FIALKOW et al., 2016).

Sobre ao período de internação, os artigos descreveram as variáveis em média de dias: Ortega et al. (2017) e Rodriguez et al. (2016), relataram que a média de internação em dias na UTI foi de 6 dias. No estudo realizado por Roque et al. (2016) e El-fakhouri et al. (2016), observaram que a média de internações foi de 8,9 dias.

Para Coba et al. (2018), a média de internações foi de 5,86 dias, Guia et al. (2015), relata que a média de tempo de internação foi de 13,1 dias, Cruz et al. (2019), informa a média de 13,1 dias de internação na UTI.

Apenas um estudo (12,50%) não relatou a quantidade de dias nem a média de internação dos pacientes (FIALKOW et al., 2016).

Ao analisar o destino desses pacientes após a alta da UTI, autores mencionaram os seguintes locais: unidades do próprio hospital, residência e transferência para outro hospital.

Rodriguez et al. (2016), em 72,4% das altas identificou que os pacientes foram conduzidos para outras unidades do hospital, Cruz et al. (2019) menciona que 76,7% dos pacientes obtiveram alta da UTI para sua residência ou transferência para outro hospital e/ou para enfermaria, porém não especifica a porcentagem individualmente.

Os demais autores (75%), não relataram em suas pesquisas se esses pacientes tiveram alta ou foram transferidos para outros setores ou instituições (GUIA et al., 2015, ROQUE et al., 2016; ORTEGA et al., 2017; FIALKOW et al., 2016; COBA et al., 2018; EL-FAKHOURI et al., 2016)

Identificou-se nos estudos desta RIL, que parte dos pacientes foram a óbito dentro das UTI: Guia et al. (2015), relata que 38,6% dos pacientes que compunha sua amostra faleceram, Cruz et al. (2019) relata que os óbitos em sua amostra totalizaram 23,3%, Roque et al. (2016) expõe que dos pacientes analisados, 23,4% foram a óbito no período de internações na UTI.

Para Fialkow et al. (2016), a mortalidade foi de 23%, Rodriguez et al. (2016), afirma que 20,4% do total estudado foram a óbito, Coba et al. (2018), descreve os óbitos totais em 23,4% de sua amostra, El-fakhouri et al. (2016), evidenciaram que em 1.936 internações analisadas houve 24,32% de óbitos. Apenas um autor (12,50%) não relatou dados de mortalidade em seu estudo (ORTEGA et al., 2017).

Quanto ao período do dia em que frequentemente ocorrem as internações nos leitos de UTI, apenas um estudo (12,50%) relatou esta variável, a qual identificou-se que a maioria (45,8%) das internações ocorrem no período da manhã RODRIGUEZ et al., (2016). No mesmo estudo, o autor mostra que a maioria das altas da UTI ocorreram no período vespertino (53,3%). Em 87,5% dos artigos desta RIL não identificou-se tal informação (ORTEGA et al., (2017); ROQUE et al., (2016); EL-FAKHOURI et al., 2016; COBA et al., 2018; GUIA et al., 2015; CRUZ et al., 2019; FIALKOW et al., 2016).

7 – DISCUSSÕES

Comentado [MOU1]: Gostei, so achei alguns dos parágrafos isolados uns dos outros

Epidemiologia é o conhecimento das causas que apontam a regularidade e a divisão das doenças na sociedade, explorando a organização e as condições fundamentais das enfermidades, prejuízos à saúde e episódios relacionados à saúde pública, propondo a eliminação das doenças e estabelecendo parâmetros que sirvam de base ao planejamento, gestão e análise das práticas de saúde (BURIGO, 2002).

A partir das pesquisas de epidemiologia encontradas nesta RIL, pôde-se observar que sexo dos pacientes internados em UTI, foram proporcionalmente iguais nessa amostra, evidenciando que igualmente homens e mulheres tem-se hospitalizados em condições grave de saúde, necessitando de leitos de UTI (Quadro 1).

Este resultado assemelha-se aos dados de internações gerais apresentados pelo MS (2015), que evidenciou 5,9 milhões de internações no SUS, destas, 51% foram ocupadas por homens e 49% por mulheres. Evidenciando uma proximidade entre as taxas de internações entre os sexos (BRASIL, 2017).

As internações masculinas se justificam por estarem mais propícios a se envolverem em eventos de violência, estão mais sujeitos acidentes de trabalho e trânsito, hábitos alimentares menos saudáveis e maior índice de sedentarismo. Comumente são mais resistentes a consultas médicas de prevenção e realizam inadequadamente os tratamentos quando são expostos à alguma enfermidade, fazem uso de álcool e drogas com mais regularidade e estão mais passíveis a Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2017).

As frequentes internações nas mulheres se justificam pelos problemas de saúde que estão relacionados ao exercício da sexualidade e especificidades biológicas, pois possuem o agravante da transmissão vertical de doenças como sífilis e o vírus HIV e também pela larga violência doméstica e sexual que as atingem (BRASIL, 2004).

Quando verificado a idades dos pacientes hospitalizados em UTI, observou-se que a maioria dos estudos (75%) relataram pacientes com idade acima dos 60 anos (EL-FAKHOURI et al., 2016; RODRIGUEZ et al., 2016; GUIA et al., 2015; CRUZ et al.,

2019; ORTEGA et al., 2017; ROQUE et al., 2016). Este resultado converge com a transição etária evidenciadas na literatura apresentada a seguir.

O Brasil, em menos de 50 anos passou a apresentar um perfil de morbidade de população jovem a um padrão marcado por doenças graves, específica da população idosa, resultando da transição etária do país (IBGE, 2009).

O crescimento na expectativa de vida tem ocasionado novos obstáculos à saúde pública, especialmente nos países que estão em crescimento. À medida que a população mundial aumenta 1,7% ao ano, a população idosa cresce 2,5% ao ano. Entre os anos de 1991 e 2000 a quantidade de idosos cresceu 35%, ao contrário da população geral que foi 14%. Avalia-se que em 2025, a população idosa brasileira atinja 32 milhões, fazendo com que o Brasil se torne o sexto país com maior quantidade de idosos no mundo (SCHEIN et al., 2010).

Ao verificar a escolaridade dos pacientes internados em leitos de UTI, observou-se que a maioria descrita nos estudos (25%), possuíam apenas o ensino fundamental. Para Ribeiro et al. (2018), a população com menor escolaridade está mais suscetível a fatores de risco como obesidade, tabagismo e o excessivo consumo de gorduras, à medida que a prática constante de exercícios físicos e hábitos alimentares mais saudáveis predominam em populações com 12 anos ou mais de estudo, possibilitando a este grupo a percepção do autocuidado e a compreensão relacionadas a tratamentos medicamentosos.

Sobre a religiosidade dos pacientes, apenas um estudo (12,50%) abordou essa variável em sua amostra (EL-FAKHOURI et al., 2016).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 0564/2017 Cap. II – DOS DEVERES cabe a equipe em concordância multiprofissional, fornecer aos pacientes graves com risco de morte eminente, todos os cuidados paliativos necessários, dentre os quais inclui-se o atendimento espiritual (COFEN, 2017).

Assim como, o Art. 2º da resolução nº 1.805/2006 do CFM que afirma ser dever do médico facilitar a assistência espiritual e assegurar este direito ético ao paciente, e por isso a necessidade de se conhecer sobre as características religiosas dos pacientes em uma UTI (BRASÍLIA, 2006)

Nesta RIL, os dados a respeito da etnicidade, mostram que indivíduos brancos são mais frequentes nas internações em UTI (25%). Este resultado se diverge de outras pesquisas.

De acordo com Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), dos atendimentos totais realizados à população brasileira pelo SUS, 67% foi pela população preta e 47,2% pela branca. No mesmo período os planos privados de saúde atendiam 34,9% da população branca, enquanto este serviço era oferecido para apenas 17,2% da população preta (IPEA, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2018, alertou que no Brasil a população negra possuía maior incidência de problemas de saúde evitáveis das quais são citadas: infecções sexualmente transmissíveis, mortes maternas, mortalidade de recém-nascidos antes de 6 meses de vida, hanseníase e tuberculose. De acordo com a publicação, este fato não ocorre pelo fato de a população negra ser doente, mas sim relacionadas a insalubridade, baixas condições sanitárias condições de trabalho e habitação (ONU, 2018).

Observou-se nessa RIL, que dentre os dados sociodemográficos, somente idade e sexo foram abordados por todos os autores (Quadro 1). As demais variáveis como: escolaridade (ROQUE et al., 2016; EL-FAKHOURI et al., 2016), religião (EL-FAKHOURI et al., 2016) e etnicidade (ROQUE et al., 2016; EL-FAKHOURI et al., 2016) foram descritas por apenas alguns estudos.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), os dados sociodemográficos são fundamentais para determinar diferentes indicadores de saúde. Os censos demográficos também são fontes complementares de informações quando são colocados como denominador de vários indicadores de saúde como incidência, prevalência de doenças, taxas de mortalidade, dentre outros.

Com aumento da necessidade de informação, os censos tornaram-se indispensáveis para os sistemas de informação, visto que possuem aplicação política, administrativa, técnica e científica (OPAS, 2018).

Ao analisar a procedência dos pacientes para admissão dos leitos em UTI, observou-se que em 50% desta RIL, apresentam o centro cirúrgico e o pronto

atendimento como setores do hospital que mais encaminharam os pacientes a admissão nas UTI.

Ao se tratar das procedências do centro cirúrgico, sabe-se que a UTI é um setor de sustentação para vida em períodos transitórios de melhora cirúrgica e não apenas para o enfermo em estágio terminal. Os encaminhamentos do setor de pronto atendimento evidenciam que a UTI é primordial para o cuidado da vida e restauração da saúde do enfermo grave (CASTRO et al., 2016).

Analisado as causas das internações nesta RIL, verificou-se que 37,50% relataram as doenças respiratórias como principais condições de agravo a saúde (ORTEGA et al., 2017); GUIA et al., 2015); COBA et al., 2018) e 25% indicaram as doenças do aparelho circulatório (RODRIGUEZ et al., 2016); EL-FAKHOURI et al., 2016), 37,50% não relataram essas doenças como causas principais de internação.

De acordo com a Organizações Pan-Americana de Saúde (OPAS), as doenças respiratórias em sua grande maioria são previsíveis. Atualmente representam um dos maiores problemas de saúde. Milhões de pessoas em todas as faixas etárias sofrem com essas doenças pelo mundo, principalmente em países desenvolvidos. Essas doenças estão passando a ter predomínio principalmente em crianças e idosos, afetando a qualidade de vida e muitas vezes levando a incapacidade das pessoas afetadas (OPAS, 2020).

As doenças cardiovasculares tem sido causa principal de morte no mundo, estima-se que morreram 17,7 milhões de pessoas no ano de 2015, totalizando 31% das mortes mundial. Essas mortes ocorrem principalmente em países de baixa renda. A maioria dessas doenças podem ser prevenidas com mudanças de estilo de vida, adotando bons hábitos como dietas equilibradas, exercícios físicos e diminuição em tabacos e bebidas alcoólicas (OPAS, 2017).

Analisando o tempo de internação identificado nesta RIL, verificou-se que 25% das publicações relataram a média de 6 dias (ORTEGA et al., 2017); RODRIGUEZ et al., 2016), outros 25% informaram média de 8,9 dias (EL-FAKHOURI et al., 2016; ROQUE et al., 2016) e 12,50% respectivamente, informou a média de internações de 5,86 dias (COBA et al., 2018), 13,1 dias (GUIA et al. (2015), 10 dias (CRUZ et al., (2019). Um único estudo não informou a média de dias de internações (12,50%)

(FIALKOW et al., (2016). De acordo com o 2º Censo Brasileiro de UTI da AMIB, a média nacional é de 3 a 4 dias (BRASIL, 2013).

A ausência de leitos de UTI tem-se mostrado como sério problema de saúde. A complexidade se intensifica com a maior seriedade dos casos admitidos em hospitais públicos e privados, elevando o período de permanência nas UTI, despesas com cuidado à saúde e mortalidade (FREITAS, 2010).

Para permanecer em uma UTI, existem fatores como gravidade da doença e as condições terapêuticas resultantes das complicações até problemas econômicos. O correto é que a internação seja a menor possível, para que seja atingido um grau de segurança que permita a mudança para outro setor hospitalar, desta forma impedindo a utilização inadequada desta unidade (MELO et al., 2014).

Nesta RIL, os setores do próprio hospital, foi o principal destino dos pacientes após a alta da UTI (25%) (RODRIGUEZ et al., 2016); CRUZ et al., 2019). No entanto não foram encontrados estudos que dialogassem sobre esta temática.

Ao abordar a taxa de óbitos nesta RIL, 87,50% dos estudos relataram a mortalidade dos pacientes internados em UTI (GUIA et al., 2015; CRUZ et al., 2019; ROQUE et al., 2016; FIALKOW et al., 2016; RODRIGUEZ et al., 2016; COBA et al., 2018; EL-FAKHOURI et al., 2016).

A UTI é a unidade hospitalar reservada para atender pacientes graves ou em risco com possíveis chances de recuperação e que necessitem de assistência da equipe de saúde constantemente e por ser sinônimo de gravidade, expressa índices de mortalidade entre 5,4 a 33% (OLIVEIRA et al., 2010).

De acordo com Castro et al. (2016), a permanência prolongada em leitos de UTI, constituem um dos fatores que contribuem para elevadas taxas de mortalidade, para Matsui (2008), a longa permanência na UTI também é um dos fatores principais de mortalidade, especialmente quando associada a idade e resultados de índices de gravidade.

Nesta RIL, apenas um estudo (12,50%) relatou o período do dia que mais ocorriam admissões e altas da UTI, no entanto não foi encontrado discussões literárias em relação a esta temática (RODRIGUEZ, et al., 2016).

8 – CONCLUSÃO

Com base na verificação dos estudos obtidos, pôde ser observado uma igualdade entre os sexos internados em leitos de UTI, o que demonstra a necessidade de novas políticas públicas para prevenção de doenças em ambos os sexos. Idade acima dos 60 anos foi prevalente na maioria dos estudos, percebendo assim o crescimento da população idosa e maior complexidade na condição clínica desses doentes. A maioria dos pacientes possuíam apenas o ensino fundamental completo. Somente um estudo abordou a religião, destacando-se católicos e protestantes. Na etnicidade prevaleceu na amostra dos estudos indivíduos de cor branca. A procedência das internações nos leitos de UTI, foram frequentemente oriundas do centro cirúrgico e pronto atendimento.

Destacaram-se as doenças do aparelho respiratórias e circulatório. O tempo de internação obteve média de 6 a 8,9 dias e após alta da UTI foi verificado encaminhamento para setores da própria instituição. A mortalidade nos estudos que abordaram essa temática totalizou taxas acima de 23%.

Foram analisados à escassez de publicações sobre o perfil de internações dos pacientes admitidos em UTI, desta forma, ressalta-se a necessidade da elaboração de novas pesquisas para que sejam desenvolvidas estratégias de vigilância dos protocolos em relação a classificação e a real priorização dos pacientes graves em leitos de alta complexidade, afim de aperfeiçoar a assistência prestada ao paciente e a diminuição das filas de espera por leitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANA CRISTINA SANTOS. Custo com assistência de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de Nível Terciário, Distrito Federal, 2008. Brasília 3 de julho de 2009.

BORGES M.E.A.D. Perfil dos leitos de unidade de terapia intensiva (uti) na região metropolitana de Salvador (RMS) no período de 2014 a 2015. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 6, n. 6, p. 20-28, jul./dez. 2017.

BRASIL, Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2010.

BRASIL, PORTARIA nº 1.559 1º de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2008.

BRASIL, PORTARIA Nº 1.101 de 12 de junho de 2002. **Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2002.

BRASIL, PORTARIA Nº 466, de 04 de junho de 1998. **Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e sua respectiva classificação de acordo com o grau de complexidade de atendimento e grau de risco inerente ao tipo de atendimento prestado.** D.O.U. – Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília-DF, 1998.

BRASÍLIA, RESOLUÇÃO CFM nº 2.156 de 17 de novembro de 2016. **Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.** Diário oficial da união. Brasília, 2016.

BRASIL, Lei nº 8.080 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Casa civil. Brasília, 1990.

BRASIL. PARECER nº 00213/2017CONJUR-MS/CGU/AGU de 2 de março de 2017. **Ementa: direito administrativo. Direito constitucional. Direito financeiro. Direito sociais. Direito à saúde. Mínimo existencial. Reserva do possível. Separação de poderes. Resolução CFM nº 2156 de 28/10/2016. Acesso de leitos de UTI pela central de regulação estadual ou municipal. Descentralização da organização do SUS.** Advocacia Geral da União. Brasília-DF, 2017.

Brasil. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2004.

BRASIL, PORTARIA Nº 1.631 de 1º de outubro de 2015. **Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2015.

BRASIL, **Medidas diminuem fila de espera por UTI na rede pública.** Agência Brasília. Subsecretaria de divulgação, Secretaria de Estado de Comunicação do DF. Brasília-DF, 2020.

BRASIL, **Dados de Morbimortalidade Masculina no Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2017.

BRASIL, **Saúde autoriza 1,4 mil leitos de UTI no país.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2020.
BRASÍLIA, RESOLUÇÃO CFM nº 1.805 de 28 de novembro de 2006. Art. 2º - **DIREITO A VISITA RELIGIOSA.** Diário oficial da união. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. **Estado viabiliza abertura de 45 novos leitos de UTI em Campo Largo.** Secretária da Saúde do Paraná. 2018

BRASIL, **MÉDIA DE PERMANÊNCIA UTI ADULTO.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2013.

BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL 5 de outubro de 1988. Seção II – **SAÚDE**, Art. 196º. Casa civil. Brasília, 1988.

BRASIL, **AÇÕES DO GOVERNO 2011-2017.** Governo do Estado do Paraná. 2017

BURIGO FL; Análise do perfil epidemiológico dos pacientes na unidade de terapia intensiva em ventilação mecânica de um Hospital Universitário de Curitiba. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, n. 36, FCBS 04, pp. 11-22, Curitiba, nov. 2002.

CASTRO R.R. et al. Perfil das Internações em Unidades de Terapia Intensiva Adulto na Cidade de Anápolis – Goiás – 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS** Vol. 5, N. 2. Julho/ Dezembro. 2016.

CENSO DA ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Cenário das Unidades de Terapias Intensivas (UTI) no país.** Brasília-DF, 2010.

COBA S.D.S; TOAPANTA FG; POZO G; Caracterización demográfica y epidemiológica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín de los años 2014, 2015 y 2016. **REVISTA MÉDICA - CIENTÍFICA CAMBIOS HCAM.** 2018; 17(1):21-29

CRUZ Y.V. et al. Perfil de morbimortalidade da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Journal Health NPEPS.** 2019; 4(2):230-239. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103710>.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Recursos Físicos Hospitalar.** BRASIL. 2016

EL-FAKHOURI S; et al. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2016; 62(3):248-254. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.248>.

FREITAS E.R.F.S.; Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 18(3):[07 telas] mai-jun 2010.

FILHO J.R.V; PÁSSARI I.A; NIVEIROS S.I; Gestão de Custos Hospitalares: um Estudo de Caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis – MT. **XXIV Congresso Brasileiro de Custos** – Florianópolis, SC, Brasil, 15 a 17 de novembro de 2017.

FIALKOW L; et al. Mechanical ventilation in patients in the intensive care unit of a general university hospital in southern Brazil: an epidemiological study. **CLINICS.** 2016; 71(3):145-151.

GOLDWASSER R.S.et al. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2018;30(3):347-357. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

GUIA C.M. et al. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde.** 26(1/2): 9-19, 2015.

GOVERNO DO ESTADO VIABILIZA 45 NOVOS LEITOS DE UTI PARA PACIENTES DO SUS EM HOSPITAL DE CAMPO LARGO. **Agência de notícias do Paraná.** 3 de outubro de 2018.

GEA COMPRA RESPIRADORES MECÂNICOS PARA POTENCIALIZAR ATENDIMENTOS NAS UTIS. **Governo do Estado do Amapá.** 12 de novembro de 2019.

HOSPITAL MUNICIPAL DE AMERICANA RECEBE MAIS R\$ 970 MIL EM EQUIPAMENTOS. **Todo dia.** 7 de janeiro de 2020.

HOSPITAL SÃO VICENTE ADQUIRE NOVOS RESPIRADORES PARA UTI GERAL. **Prefeitura de Jundiá.** 11 de fevereiro de 2019.

INVESTINDO NA SAÚDE, GOVERNO ENTREGA NOVOS LEITOS DE UTI NO HUERB. **Notícias do Acre.** 29 de maio de 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** N° 25. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados Populacional.** Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2019.

Lima A.C.M.A.C.C, Silva A.L, Guerra D.R, Barbosa I.V, Bezerra K.C, Oriá M.O.B. Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2016; 69(4):738-45.DOI:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690423i

MOREIRA E.T. et al. Perfil e gravidade dos pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**. Maceió, v. 1, n.2, p. 45-52, maio 2013.

MATSUI, M. **Identificação das variáveis associadas à mortalidade de pacientes internados em unidade de terapia intensiva adulto**. 2008. Dissertação (mestrado) – Faculdade Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

MELO A.C.L; MENEGUETI M.G; LAUS A.M; Perfil de pacientes de terapia intensiva: subsídios para a equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, 8(9):3142-8, set., 2014. DOI: 10.5205/reuol.5960-55386-1-ED.0809201424

MEDIDAS DIMINUEM FILA DE ESPERA POR UTI NA REDE PÚBLICA. **Agência Brasília** 2020. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/04/18/medidas-diminuem-fila-de-espera-por-uti-na-rede-publica/>. Acesso em: 27 de abril de 2020.

OLIVEIRA A.B.F et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2010; 22(3):250-256.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU**. Brasil, 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos**. Washington, D.C.: OPAS; 2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - Até 650 mil pessoas morrem por doenças respiratórias ligadas à gripe sazonal a cada ano**. Brasília-DF, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - Doenças Cardiovasculares**. Brasília-DF, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa - Doenças Respiratórias crônicas**. Brasília-DF, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Negros têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU**. Brasil, 2018.

ORTEGA D.B. et al. Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**. 2017; 30(2):168-73. <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700026>.

PREFEITURA ADQUIRE EQUIPAMENTO PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM LEITOS DE UTI E DE INTERNAÇÕES DO HG. **Secretaria de Comunicação**. 1 de agosto de 2018.

RIBEIRO, K.G. *et al.* Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface (Botucatu)**. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0419.

ROQUE KE; TONINI T; MEL ECP; Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**. out, 2016; 32(10):e00081815. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081815>

RODRIGUEZ A.H. *et al.* Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(2):210-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690204i>

SCHEIN L.E.C; CESAR J.A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2010; 13(2): 289-301.

SECRETARIA DE SAÚDE DE GUARANTÃ FAZ AQUISIÇÃO DE AMBULÂNCIA UTI MÓVEL. **Prefeitura de Guaratã do Norte**. 29 de dezembro de 2017.

SUSAM COMPRA 146 EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS HOSPITALARES PARA O FRANCISCA MENDES. **Governo do Amazonas**. 28 de dezembro de 2019.

