



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PEDRO JULIANO DA SILVA

**PERFIL DAS ADMISSÕES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

CAJAZEIRAS-PB

2018

PEDRO JULIANO DA SILVA

**PERFIL DAS ADMISSÕES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Monografia apresentada à Coordenação de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

CAJAZEIRAS-PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

S586p Silva, Pedro Juliano da.
Perfil das admissões na unidade de terapia intensiva do alto sertão
paraibano / Pedro Juliano da Silva. - Cajazeiras, 2018.
46f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. UTI. 2. Admissão de paciente em UTI. 3. Paciente crítico. 4.
Hospital Regional de Cajazeiras. 5. Assistência de enfermagem em UTI. I.
Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Universidade Federal de
Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-083.98


PEDRO JULIANO DA SILVA

**PERFIL DAS ADMISSÕES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO
ALTO SERTÃO PARAIBANO**

Monografia apresentada à Coordenação de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 05 de Fevereiro de 2018.

Banca examinadora:



Prof^ª. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Orientador UFCG



Prof^ª. Esp. Flaviana Dávila de Sousa Soares

Membro – UFCG



Prof^ª. Dra. Eliane de Sousa Leite

Membro - UFCG

*A Deus pelo seu infinito amor e fôlego
de vida em mim, por ser essencial em
minha vida, autor de meu destino, meu
guia.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho, me deu forças e me sustentou durante esta caminhada, sem ele não teria forças para essa longa jornada.

A minha orientadora Professora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões de minhas atividades.

A instituição UFCG pela oferta do curso.

A todos os professores que me acompanharam durante a realização do curso.

Aos meus pais, José Josecias e Josefa da Silva. Meus irmãos Luiz Carlos, Maria Lucia, José Lineto, Paulo Vicente, Cícero Jorge, minha sogra Rosa e meu sogro Geraldo e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradeço também a minha esposa Priscila Pereira que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Ao filho Miquéias que ainda não veio ao mundo, mais já é o meu maior presente.

Aos amigos, companheiros de trabalho, e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste momento, o meu muito obrigado.

SILVA, Pedro Juliano da. Perfil das Admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Alto Sertão Paraibano. 2017, 44f. **Monografia** (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2017.

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada a prestar assistência especializada, de qualidade e de forma ininterrupta ao paciente crítico por uma equipe interdisciplinar, com a finalidade de suprir as necessidades deste paciente. O estudo objetivou traçar o perfil das admissões na UTI do Hospital Regional de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Trata-se de um Estudo documental, retrospectivo, realizado através de uma pesquisa de campo com caráter quantitativo. Foram estudados 240 registros de admissões de pacientes entre 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016. As variáveis observadas foram: Idade, gênero, procedência, tempo de permanência, causas de admissão e evolução. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de coleta de dados, confeccionado através dos dados objetivados pelo estudo, retirados diretamente do prontuário do paciente, livro de relatório de Enfermagem e o livro de admissão e alta da equipe de Enfermagem. Em seguida analisado de acordo com estatística simples, com valores absolutos e percentuais, processados pelo Software Microsoft Excel 2007. Os resultados evidenciam que a população é predominantemente, do sexo masculino e idosa, procedente do Eixo Vermelho e Amarelo da instituição estudada. As principais causas de internação foram às Doenças Cardiovasculares e Respiratórias, seguidas por causas relacionadas ao Pós-operatório. O conhecimento desses dados é de fundamental importância para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência, possibilitando assim ao enfermeiro planejar as ações de cuidado para esses pacientes críticos, através da elaboração de instrumentos de avaliação e metodologias para uma assistência de enfermagem qualificada, como também contribuir para que os serviços de saúde desenvolvam estratégias importantes que sirvam de planejamento e organização do serviço, minimizando principalmente os índices de mortalidade nestes setores.

Descritores: Admissão do paciente. Unidades de Terapia intensiva. Cuidados críticos.

SILVA, Pedro Juliano da. Profile of Admissions in the Unit of Intensive Therapy of the High Paratane Sertão. 2017, 44f. **Monography** (Bachelor's Degree in Nursing) - Center for Teacher Training, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2017.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is designed to provide specialized, quality and uninterrupted care to the critical patient by an interdisciplinary team, in order to meet the needs of this patient. The study aimed at drawing the profile of admissions in the ICU of the Regional Hospital of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. This is a retrospective, documentary study conducted through a quantitative field research. 240 patient admission records were studied between January 1, 2016 and December 31, 2016. The variables observed were: age, gender, origin, length of stay, causes of admission and evolution. The data were collected through a data collection script, made through the data objectified by the study, taken directly from the patient's chart, Nursing report book and the admission and discharge book of the Nursing team. The results show that the population is predominantly male and elderly, coming from the Red and Yellow Axis of the appropriate institution studied. The main causes of hospitalization were Cardiovascular and Respiratory Diseases, followed by causes related to the Post-operative period. Knowledge of these data is of fundamental importance to improve the work process and improve the quality of care, thus enabling nurses to plan care actions for these critical patients through the elaboration of evaluation tools and methodologies for qualified nursing care, but also to contribute to the health services developing important strategies that serve as planning and organization of the service, minimizing mainly the mortality rates in these sectors.

Descriptors: Admission of the patient. Intensive Therapy Units. Critical care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme o gênero, no período de 2016.....	24
Gráfico 2 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme a faixa etária, no período de 2016.....	25
Gráfico 3 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme as principais doenças ou agravo, no período de 2016.....	26
Gráfico 4 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme a unidade de procedência, no período de 2016.....	27
Gráfico 5 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme média de permanência, no período de 2016.....	28
Gráfico 6 - Percentual da mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 Resgate Histórico da Unidade de Terapia Intensiva.....	13
3.2 O funcionamento de uma UTI.....	14
3.3 Recursos Humanos da UTI	17
3.3.1 O Enfermeiro da UTI.....	18
3.4 Recursos Tecnológicos de uma UTI	19
4 MATERIAL E MÉTODO	21
4.1 Tipo de Estudo.....	21
4.2 Local do Estudo.....	21
4.3 População e Amostra.....	22
4.4 Coleta de Dados	22
4.5 Análise de Dados.....	23
4.6 Aspectos Éticos	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE	35
APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS	36
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	37
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.	39
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	40
ANEXOS	41
ANEXO A – TERMO DE ANUENCIA	42
ANEXO B - FOLHA DE ROSTO	43
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CFP	44

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada como uma área do Hospital, destinada a prestar assistência especializada, de qualidade e de forma ininterrupta ao paciente crítico por uma equipe interdisciplinar, com a finalidade de suprir as necessidades deste paciente (MEDEIRO et al., 2007).

Nos últimos anos, tem-se avaliado a gravidade dos pacientes admitidos na UTI, com o objetivo de fornecer informações concernentes aos problemas médicos mais frequentes e importantes, podendo com isso minimizar os gastos com a saúde pública no país (PAIVA et al., 2002).

Nessa unidade assistencial há um grande consumo de recursos materiais e geram muitos custos, necessitando assim de estratégias indispensáveis e medidas de redução de custos, sem redução da qualidade da assistência (KNOBEL, 2006).

A carência de leitos de UTI, a diminuição dos recursos financeiros e a alta demanda de pacientes são os principais limitantes para a admissão do paciente na UTI (FEIJO et al., 2006).

Segundo a Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) há alguns critérios para que o paciente possa ser admitido na UTI, critérios esses que são divididos em quatro prioridades, que são: prioridade 1 – pacientes graves, instáveis, que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI, com chance significativa de recuperação; prioridade 2 – paciente sem instabilidade, mais que necessitam de monitorização pela probabilidade de descompensação; prioridade 3 - apresentam-se instáveis, mas com baixa probabilidade de recuperação por conta da gravidade da doença aguda ou presença de comorbidades; prioridade 4 - apresentam antecipadamente pouco ou nenhum benefício com a internação na UTI (CALDEIRA et al., 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde propõe criar normas que possibilitem selecionar o tipo de cliente que poderá ocupar um leito de UTI. Essas medidas permitem que os recursos sejam destinados aos pacientes com reais chances de recuperação. Sendo assim serão utilizados critérios de avaliação tanto na admissão, como na alta (NUNES et al., 2006).

Em agosto de 2006, após diversas iniciativas de regulação na área ambulatorial, foi criada a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), considerando a necessidade de adotar diretrizes e critérios para serem utilizados pela CRIH, para pacientes a serem internados, nas UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal, da Rede SES/Distrito Federal. Entre os critérios destacam-se: 1) Priorização da admissão de

pacientes na UTI; 2) Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI; 3) Critérios para a alta da UTI (BRASIL, 2006).

O conhecimento do perfil da clientela assistida na UTI é importante para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência tanto nas UTI's, como nas unidades hospitalares que recebem os pacientes na sequência do tratamento.

Diante do exposto, surgiu a seguinte indagação: qual o perfil das admissões dos pacientes que dão entrada na UTI do município de Cajazeiras-PB? As causas são mais traumáticas ou clínicas? Quanto à faixa etária, são mais jovens ou idosos? Os homens são mais acometidos ou as mulheres?

A disponibilidade de leitos de UTI é um problema de grande importância na assistência à saúde da população. O número reduzido de leitos e o custo do tratamento intensivo requerem uma distribuição racional das admissões nesse setor. Espera-se que este trabalho auxilie na compreensão sobre o conjunto de indivíduos que utiliza os serviços da UTI, assim como as principais características sócio-demográficas e clínicas dos mesmos. E dessa forma, ajude na necessária adequação do sistema de saúde às necessidades da população e formulação das políticas públicas em saúde por parte dos gestores.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Traçar o perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB no período de 2016.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a prevalência entre gêneros e a faixa etária entre as admissões;

Averiguar as principais doenças ou agravos no ato da admissão;

Identificar a procedência dos pacientes admitidos;

Analisar a média de permanência e mortalidade total da UTI.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Resgate Histórico da Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, porém que apresentem um quadro clínico recuperável. É um ambiente de profissionais qualificados, com alto aparato tecnológico e assistência contínua (SILVA et al., 2007).

Assim, a definição de UTI possui como fundamentação a necessidade de oferecer o adequado suporte continuado de alta complexidade para os pacientes considerados graves, instáveis e/ou agudamente doentes que dependeriam de uma assistência avançada para a sua possível recuperação (NOGUEIRA et al., 2012).

Historicamente, a sua origem remete Florence Ninthingale, que através de uma visão logística durante a guerra da Criméia, idealizou uma enfermaria com o conceito de atendimento continuado ao paciente. Ela realizou a divisão dos pacientes e feridos da guerra, de acordo com a sua gravidade. Assim, os mais graves ficavam alojados em uma enfermaria próxima ao posto de enfermagem, onde favorecesse o cuidado imediato, tão logo fosse necessário, além da observação constante (GRENVIK; PINSKY, 2009).

Entretanto, o modelo básico de UTI que se conhecesse atualmente, levou muito tempo para ser implementado. Apenas em meados da década de 20, foi que surgiram as primeiras enfermarias de atendimento continuado, sendo a primeira criada por Walter Dandy, destinada ao acompanhamento de pacientes em pós-operatório de grandes cirurgias, mais especificamente de neurocirurgias, localizada no Hospital de John Hopkins. Logo em seguida, na década de 40, em Boston, surgiu uma unidade de queimados após um incêndio em um *'night club'* - Coconut Grove Fire. Porém, o devido avanço dos cuidados ao paciente grave, só se deu devido à epidemia de Poliomielite na década de 50, também conhecida como doença dos pulmões de aço, visto que o paciente não conseguia respirar normalmente, onde criou-se unidades de assistência intensiva na Dinamarca, Suíça e França. Devido a esse quadro, novos e mais eficientes equipamentos para o suporte respiratório começaram a ser utilizados, culminando em diminuir a taxa de mortalidade nos casos mais graves, tornando-se o ponto inicial para a disseminação de instalações mais complexas para cuidados respiratórios especiais na América do Norte e na Europa (GRENVIK; PINSKY, 2009).

No Brasil, os cuidados intensivos tiveram início no Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1955, com o uso dos primeiros respiradores artificiais para tratar os casos mais complexos de poliomielite que assolava o país à época (NOVARETTE et al., 2015).

3.2 O funcionamento de uma UTI

Para atender a esta demanda e proporcionar qualidade na assistência prestada a esta clientela, foi criada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de dispor os requisitos mínimos para o funcionamento de UTI's, sejam elas privadas ou públicas. Portanto, busca-se a melhoria na qualidade dos serviços e processos. A RDC nº 7, de 24/02/2010, da ANVISA, regulamenta condições para o funcionamento e conceitua as UTI's, conforme o disposto em seu art. 4º, inciso XXVI, como 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 (BRASIL, 2010).

Segundo BRASIL (2010), em seu capítulo II, RDC nº 7, de 24/02/2010, da ANVISA dispõe sobre as características comuns a todas as UTI's. Dentre os artigos presentes nesse capítulo, destacam-se alguns, como:

Art. 5º A Unidade de Terapia Intensiva deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual.

Art. 7º - A direção do hospital onde a UTI está inserida deve garantir: I - o provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC; II - a segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC).

Art. 8º - A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser: I - elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. II - aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia; III - revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias; IV - disponibilizadas para todos os profissionais da unidade.

Art. 9º - A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas relacionadas a biossegurança, contemplando, no mínimo, os seguintes itens: I - condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental; II - instruções de uso para os EPI e EPC; III - procedimentos em caso de acidentes; IV - manuseio e transporte de material e amostra biológica.

No âmbito estrutural, a RDC citada anteriormente, estabelece que as normas estruturais devam ser a da RDC/ANVISA nº 50 de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, visando o melhor atendimento e prognóstico positivo ao paciente (BRASIL, 2010).

De acordo com a Portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006, são estabelecidas algumas diretrizes e critérios para serem utilizados pela Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), para pacientes a serem internados, nas UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal, da Rede SES/Distrito Federal (próprios, conveniados e contratados) (BRASIL, 2006).

As diretrizes definem os critérios para: Priorização da admissão de pacientes nas UTI's; Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI; Critérios para a alta da UTI. Quanto aos critérios de priorização:

PRIORIDADE 01 - Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de Terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal; prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.

PRIORIDADE 02 - Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições comórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo Pressão Positiva Contínua nas Vias Áreas (CPAP) nasal, que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínica e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.

PRIORIDADE 03 - Pacientes criticamente enfermos, mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevivência pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardiopulmonar. Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra/peri/ventricular de grande extensão.

A portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006, ainda estabelece às condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão em UTI, os pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica e que requeiram cuidados intensivos devem ser avaliados observando-se o estado geral, a condição atual, a patologia de base, a evolução clínica e as patologias associadas.

CARDIOVASCULAR: Infarto agudo do miocárdio; Choque cardiogênico; Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção; Insuficiência cardíaca congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; Emergências hipertensivas; Angina instável, particularmente com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente; Parada cardiorrespiratória (pós-reanimação); Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; Aneurisma dissecante da aorta; Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos aos quais é necessário tratamento intensivo e/ou marcapasso temporário.

PNEUMOLOGIA: Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório; Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; Pacientes em unidade intermediária com deterioração respiratória; Hemoptise maciça.

NEUROLOGIA: Doença vascular cerebral aguda com alteração do nível de consciência; Coma metabólico tóxico ou anóxico; Hemorragia intracraniana com risco de herniação; Hemorragia sub-aracnóide aguda; Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório; Hipertensão intracraniana; Pós-operatório do SNC; *Status epilepticus*; Trauma crânio encefálico grave; Vasoespasmos cerebrais.

FARMACOLOGIA INGESTÃO/OVERDOSE): Instabilidade hemodinâmica; Coma com instabilidade respiratória ou não; Convulsão de difícil controle.

GASTROENTEROLOGIA Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; Insuficiência hepática fulminante; Pancreatite grave; Gastroenterite com choque;

Perfuração esofágica com ou sem mediastinite; Úlceras gastroduodenais complicadas/perfuradas.

ENDOCRINOLOGIA/METABOLISMO: Cetoacidose diabética complicada; Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base graves; Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica; Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica; Outros problemas endócrinos como crise adrenal com instabilidade hemodinâmica.

CIRURGIA: Pacientes de pós-operatório necessitando monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório.

RENAL: Insuficiência renal aguda.

DIVERSOS: Choque séptico com instabilidade hemodinâmica; Lesões por choque elétrico, afogamento, hipotermia; Hipertermia maligna; Distúrbios hemorrágicos complicados; Politraumatizados.

3.3 Recursos Humanos da UTI

De acordo com a RDC nº 7, de 24/02/2010, as atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI, devendo ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos (BRASIL, 2010).

Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais, contendo a seguinte equipe:

Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos, nos turnos matutino e vespertino;

Médico plantonista: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos, em cada turno;

Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno;

Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;

Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade; Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

3.3.1 O Enfermeiro da UTI

Para Souza (2010), o perfil de um enfermeiro intensivista perpassa por algumas variáveis, como por exemplo, ter uma visão holística, visão esta que abrange uma ideia de totalidade, não só física e gerencial, mas também nas manifestações do espírito humano, incluindo aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais durante o cuidado prestado.

O enfermeiro intensivista é o profissional com particular interesse, que dedica a um definido ramo da enfermagem, desenvolvendo o domínio de habilidades, competências e conhecimentos específicos de situações clínicas ou cirúrgicas, tornado assim um conhecedor, um mestre nos assuntos da enfermagem intensiva (SOUZA, 2010).

Segundo Knobel (2010), o enfermeiro da UTI deve ter um preparo especial, cuidar de pacientes em UTI demanda conhecimentos específicos e diferenciados. Pois os pacientes são graves e muitos deles inconscientes, confusos ou incapazes de se comunicarem. Os enfermeiros trazem sobre si a responsabilidade da vigilância contínua dos clientes e dos equipamentos, interpretando as alterações de sinais e sintomas clínicos.

Quanto às competências do Enfermeiro assistencial da UTI, Souza (2010) descreve algumas:

- Participar do planejamento estratégico da unidade e do serviço de Enfermagem;
- Participar da passagem de plantão na unidade, informando a hipótese diagnóstica e condições dos pacientes admitidos, evolução dos pacientes graves, alterações no plano de cuidado, procedimentos realizados ou a realizar;
- Adequar a distribuição do pessoal de enfermagem se necessário, elaborar a escala diária de atribuições e colaborar na elaboração de escala de folga, férias e licenças;

- Supervisionar assiduidade, pontualidade, disciplina, postura profissional e apresentação pessoal dos servidores sob sua responsabilidade, intervindo quando necessário;
- Coordenar, supervisionar e orientar todas as ações de enfermagem, responsabilizando-se pela qualidade técnica da assistência prestada;
- Sistematizar a assistência de enfermagem, por meio do levantamento das necessidades, diagnósticos, elaboração do plano de cuidado de Enfermagem diário, implementação do plano, avaliação dos resultados e reformulação do plano se necessário;
- Prestar cuidados de enfermagem mais complexos, que exijam maior conhecimento científico, e tomada de decisões imediatas;
- Prestar cuidado aos pacientes mais graves e de maior risco;
- Prevenir e combater efetivamente a infecção hospitalar;
- Planejar a alta do paciente juntamente com os membros da equipe multidisciplinar, oferecendo orientações aos pacientes e familiares;
- Viabilizar o agendamento e realização de exames solicitar de parecer médico ou outro profissional da saúde, encaminhamento para o Centro Cirúrgico, transferência para outros serviços;
- Zelar pela preservação das instalações físicas, equipamentos, aparelhos;

Pode-se dizer que esse profissional ocupa papel importante na assistência ao paciente de alta complexidade, configura-se como ponto de apoio para a equipe quer seja no que se refere à educação e preparo quer seja na coordenação do serviço de enfermagem. O enfermeiro reconhece o cuidado como foco a ser gerenciado dentro do universo organizacional, em uma esfera que extrapole o tecnicismo em direção à integralidade horizontal da atenção à saúde, promovendo a aproximação entre o cuidar e o gerenciar (ROSSI; SILVA, 2005).

3.4 Recursos Tecnológicos de uma UTI

Para Figueiredo e Silva (2006), a tecnologia na UTI é marca registrada, garantindo segurança e confiança, entretanto, para algumas pessoas significa uma verdadeira ameaça à condição humana.

De acordo com Martins e Nascimento (2005), devido à gravidade dos quadros clínicos apresentados pelos pacientes e pela diversidade de equipamentos utilizados no

cuidado com estes, a UTI é considerada uma das unidades mais complexas dentro da estrutura hospitalar.

Para o bom funcionamento e a adequada assistência na UTI, faz-se necessário a presença de alguns equipamentos básicos obrigatórios. De acordo com a RDC nº 7, de 24/02/2010, a UTI deve manter disponível, para o exclusivo, de acordo com a faixa etária e peso do paciente, os mais diversos materiais para o suporte adequado ao paciente. Esses equipamentos podem ser agrupados de acordo com a finalidade, por exemplo:

Acomodação do paciente: Cama com ajuste de posição, grades laterais e rodízios ou berços com ajuste de posição (para serviços pediátricos).

Monitorização: Monitor cardíaco, 01 (um) por leito, com reserva a cada 10 (dez) leitos; Equipamento para monitorização da pressão arterial não invasiva e invasiva, 01 (um) por leito, com reserva a cada 10 (dez) leitos; Oxímetro de pulso; Fita para monitorização de glicemia capilar, glicosúria e densidade urinária; Termômetro; Estetoscópio; Capnógrafo; Insumos básicos necessários em todo ambiente hospitalar, entre outros.

Suporte: Ventilador pulmonar mecânico microprocessado, 01 (um) por leito, com reserva a cada 5 (cinco) leitos; Equipamento para ventilação mecânica não invasiva, mais equipamentos para interface facial; Ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com máscara facial; Material para intubação traqueal; Aspirador a vácuo portátil; Eletrocardiógrafo portátil; Conjunto de nebulização; Bomba de infusão.

Entre o que é abordado nessa resolução, cabe ressaltar que ela deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual e que sua estrutura física deve seguir o que é estabelecido na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002; além disso, a resolução também aponta que diversos serviços devem ser oferecidos à beira do leito, entre eles: assistência nutricional, farmacêutica, psicológica, social, neurológica, entre outros tipos; garantindo, ainda, assistência integral e multidisciplinar ao paciente internado neste setor do hospital (BRASIL, 2010).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, realizado através de uma pesquisa de campo com caráter quantitativo.

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc (FONSECA, 2002).

Para Santos (2008), o estudo retrospectivo busca sustentar informações em documentos e registros de eventos que já aconteceram, de forma sistematizada para a obtenção dos dados fidedignos em um período, local e amostra determinada.

Segundo Gil (2008), em um estudo de campo, “procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis”.

Na pesquisa, a utilização de método quantitativo, buscou avaliar estatisticamente uma amostra que pode ser mensurada em números buscando comparar o total da população utilizada no estudo com a objetividade do retrato real com o que se pede no instrumento de estudo. Desse modo, o estudo seguiu por meio da abordagem descritiva que segundo Gil (2008) as pesquisas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

4.2 Local do Estudo

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Cajazeiras é do tipo adulto, presta assistência a pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas, atualmente é composta por sete leitos, sendo que um é destinado a pacientes que necessitam de isolamento.

Trata-se de uma instituição pública pertencente ao Sistema Único de Saúde. Por ser um hospital regional atende uma grande demanda de pacientes provenientes de outros municípios circunvizinhos. Vale ressaltar também seu papel na pesquisa e ensino, pois é campo de estágio para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde.

A referida unidade possui 07 leitos, para internação de pacientes em estado crítico de vida, a partir dos 14 anos de idade. Trata-se de uma UTI geral, o qual é referência de atendimento na região do alto sertão Paraibano, podendo ser observadas admissões de pacientes provenientes de 15 diferentes municípios. Dentre eles: Poço Dantas, Bernardino Batista, Joca Claudino, Uiraúna, Poço de José de Moura, Triunfo, São João do Rio do Peixe, Santa Helena, Bom Jesus, Cachoeira dos Índios, Carrapateira, São José de Piranhas, Monte Horebe e Bonito de Santa Fé, municípios esses que compõe a 9a gerência de saúde da Paraíba.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por todos os prontuários e livros de registros de pacientes admitidos na UTI do município de Cajazeiras-PB, no período de 01 de Janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016.

Para os cálculos amostral foram aplicados critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram todos os registros dos pacientes admitidos na UTI no período 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016, acometidos por qualquer enfermidade.

Foram excluídos do estudo os registros dos pacientes que permaneceram na (UTI) por menos de vinte e quatro horas e prontuários incompletos.

Do total de 313 internações na UTI Adulto, 240 prontuários atenderam aos critérios para o estudo. Foram excluídos 73 prontuários, sendo 58 de pacientes que permaneceram por menos de 24 horas na unidade e 15 por estarem com anotações incompletas.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2017. Para obtenção da listagem de pacientes que estiveram internados na unidade, no período delimitado para a coleta de dados, foi utilizado o livro de admissão e alta da equipe de Enfermagem, que contém informações sobre os pacientes que foram internados, o nome, idade, unidade de procedência, diagnóstico de internação e se evoluiu para alta ou óbito.

Todos os dados foram coletados por meio de um roteiro próprio, ou seja, uma planilha no Software Microsoft Excel, onde o mesmo encontrava-se estruturado com 08 itens, elaboradas com intuito de alcançar os objetivos propostos neste estudo.

Para a caracterização dos pacientes internados na UTI foram apresentadas as variáveis relativas à Idade; gênero; procedência; diagnóstico; causas de admissão; e à evolução, ou seja, aqueles que receberam alta, e os que evoluíram para óbito.

4.5 Analise de Dados

Os dados coletados foram analisados de acordo com estatística simples, com valores absolutos e percentuais, processados pelo Software Microsoft Excel 2007, transformados em tabelas e gráficos e, em seguida, confrontados a luz da literatura pertinente.

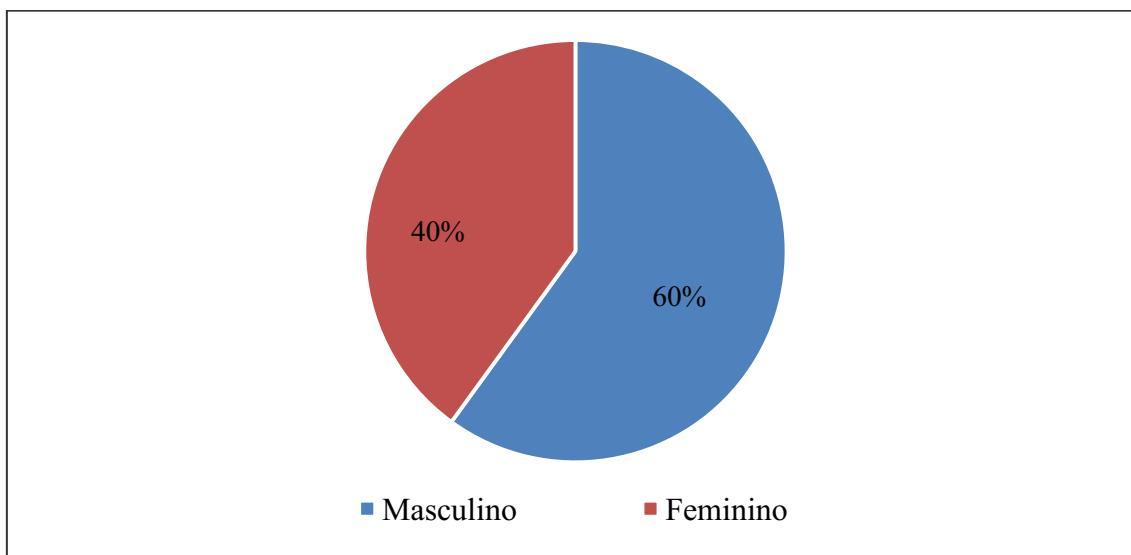
4.6 Aspectos Éticos

Essa pesquisa garantiu aos participantes todos os aspectos éticos, pois seguiu fielmente a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de pesquisas e testes envolvendo seres humanos de forma direta ou indireta. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o número 71259517.8.0000.5575. Desta maneira, o estudo não ofereceu nenhum risco à integridade física ou mental de nenhum dos participantes ou provocou constrangimento. Também não ofereceu estresse emocional, ou omissão de respostas, que serão relacionadas ao sentimento e também intimidação pelo método adotado. A pesquisa foi norteada a partir do compromisso em respeitar os aspectos éticos dos prontuários envolvidos, ao qual foi assegurada a não identificação do sujeito.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à distribuição da amostra os resultados mostram que, do total de 240 registros analisados, 144 (60%) são do gênero masculino e 96 (40%) são do gênero feminino.

Gráfico 1 - Perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme o gênero, no período de 2016.



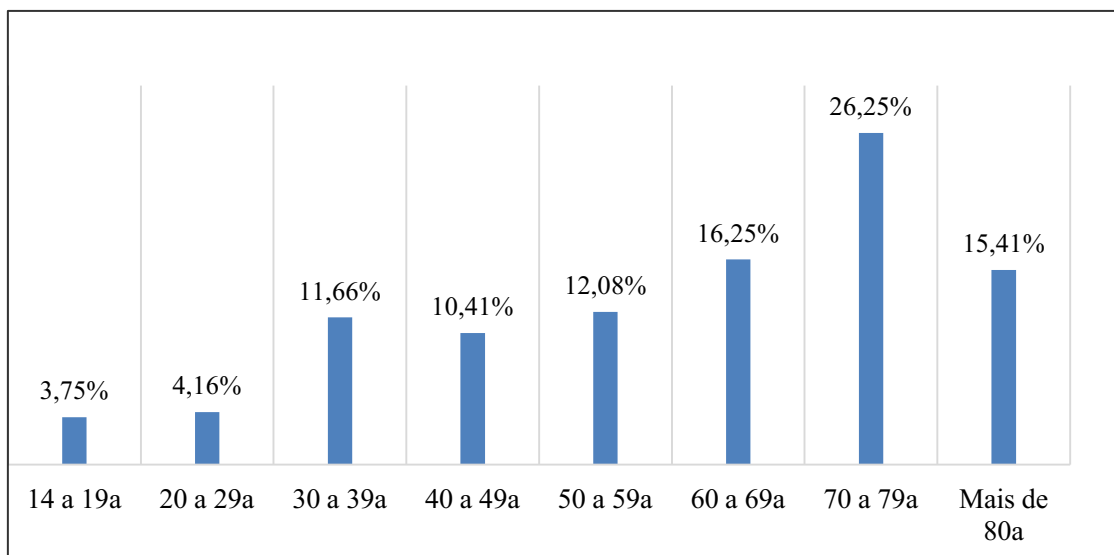
Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Em comparação com um estudo semelhante realizado no ano de 2012 na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de Maringá-PR, constatou que no período analisado, foram admitidos 56 pacientes, sendo que 59% eram do sexo masculino, com prevalência na faixa etária de 60 a 76 anos (CARVALHO et al., 2013).

Corroborando com esses estudos, na UTI adulto de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, no período de 6 meses, constatou-se através de 104 prontuários de pacientes, que 58% também eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino, com maior parcela de internações de pessoas na faixa etária de 61 a 70 anos (FAVARIN et al., 2012).

Um dos motivos pelo qual a população masculina apresenta um quantitativo maior de internações nas UTI's em relação ao sexo feminino, dar-se-á pelo fato dos homens adotarem menos os cuidados preventivos e acompanhamento na atenção primária, tornando-se muitas vezes mais resistentes que as mulheres aos tratamentos medicamentosos e/ou não medicamentosos.

Gráfico 2 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme a faixa etária, no período de 2016. Fonte: Elaborado pelo Autor, 2017.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

No tocante a faixa etária constatou que, a maior parcela das internações foram de pessoas com idade de 70 a 79 anos correspondendo a 63 pessoas (26,25%), seguida por 39 pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos (16,25%) e, 37 pessoas na faixa etária acima dos 80 anos de idade (15,41%). Observou-se a idade mínima de 14 anos e a máxima de 95 anos. A média de idade foi de 60,47 anos.

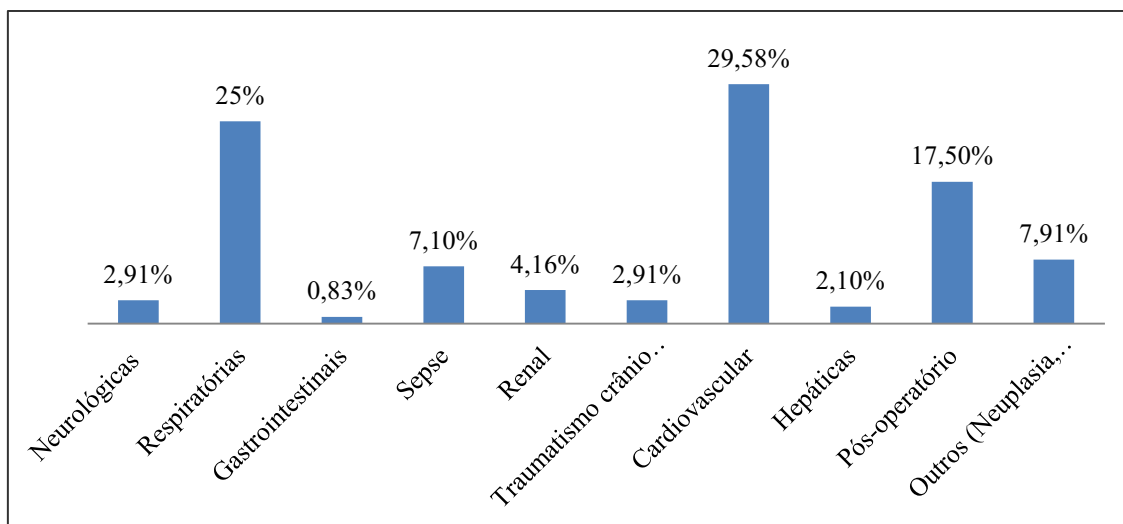
Observa-se predominância de idosos, correspondendo a (57,9%) da população estudada. Esses resultados assemelham-se a um estudo realizado em uma UTI de uma instituição pública de referência em doenças cardiopulmonares, em Fortaleza-CE, onde constatou-se a predominância de idosos, na faixa etária a partir de 60 anos de idade representando 59% da amostra, o que corrobora com outros estudos que apontam que a internação de idosos nas UTI's representam 42% a 52% das admissões (ROCHA et al., 2007).

Muitos autores discorrem que o envelhecimento da população vem ocorrendo rapidamente, indicando uma melhoria na qualidade de vida da população, mas também acarretando custos aos serviços de saúde, que necessitam de um maior aporte para acolher e atender os idosos (BRITO et al., 2013)

Segundo Siqueira (2004), a demanda de idosos pelo atendimento em unidades críticas tende a acontecer porque o envelhecimento populacional, especialmente nos países em desenvolvimento, tem sido alvo de discussões das áreas de planejamento e políticas de saúde, tendo em vista as projeções estatísticas brasileiras indicar que a população idosa passará de 7,5%, em 1991, para 15%, em 2025. Sabe-se que a

população idosa utiliza os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, implicando maiores custos, duração do tratamento e recuperação mais lenta.

Gráfico 3 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme as principais doenças ou agravos, no período de 2016.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2017.

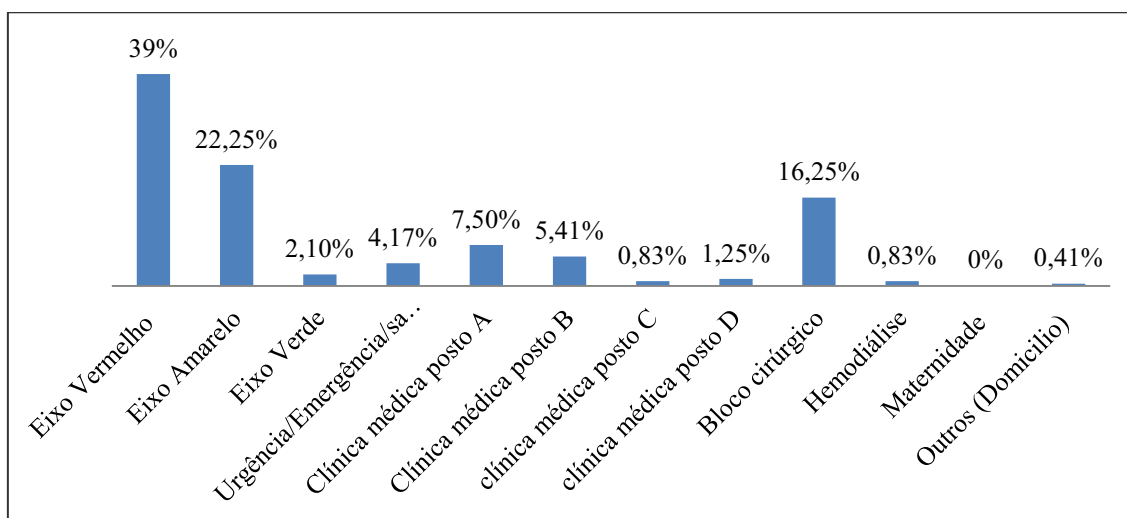
A investigação sobre os motivos que levaram à internação na UTI identificou que as principais causas foram às doenças cardiovasculares com 71 pacientes (29,58%) e as Respiratórias em 60 pacientes (25%), seguidas por pós-operatórias em 42 pacientes (17,5%). Além desses, outros 19 internaram por problemas endócrinos, intoxicações e neoplasias (7,91%), 17 por Sepse (7,1%), 10 por renais (4,16%), 07 por neurológicas (2,91%), 07 por Traumatismo Crânio Encefálico (2,91%), 05 por causas hepáticas (2,1%) e 02 por causas gastrointestinais (0,83%). Ressalta-se que uma elevada parcela dos pacientes internou por mais de um motivo.

Ao fazer-se uma verificação detalhada sobre os diagnósticos de internação, identificou-se que, dentre as doenças cardiovasculares pode-se destacar: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Hipertensão Arterial sistêmica (HAS), Arritmias cardíacas, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Já, entre as doenças Respiratórias, citam-se: insuficiência Respiratória Aguda (IRPA), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Edema Agudo de Pulmão (EAP), Broncoaspiração, Pneumonia (PNM). Dentre as doenças metabólicas há predominância de casos de insuficiência renal, cetoacidose diabética e insuficiência hepática.

O gráfico 3 aponta também que as admissões na UTI estudada são de origem clínicas em detrimento aos traumas. Fato que se justifica pelo fato da Paraíba ter UTI especializadas em traumas, onde os pacientes vítimas de traumas, oriundos do Sertão, são referenciados para Campina Grande ou João Pessoa.

Em um estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Guarabira – PB, mostra que As principais causas de admissão na UTI, também foram as doenças cardiovasculares (Acidente Vascular-Encefálico - AVE, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Arritmia Cardíaca, Cardiopatia Congênita, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, Insuficiência Coronariana – ICO, Aneurisma Aórtico, Angina Instável, entre outros), e as doenças respiratórias (Insuficiência Respiratória Aguda (IRPA), Infecção do Trato Respiratório (ITR), Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), Edema Agudo de Pulmão (EAP), Derrame Pleural (DP), Bronquiectasia, Bronquite asmática, Asma grave, Broncoaspiração, Pneumonia (PNM) (BEZERRA, 2012).

Gráfico 4 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme a unidade de procedência, no período de 2016.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2017.

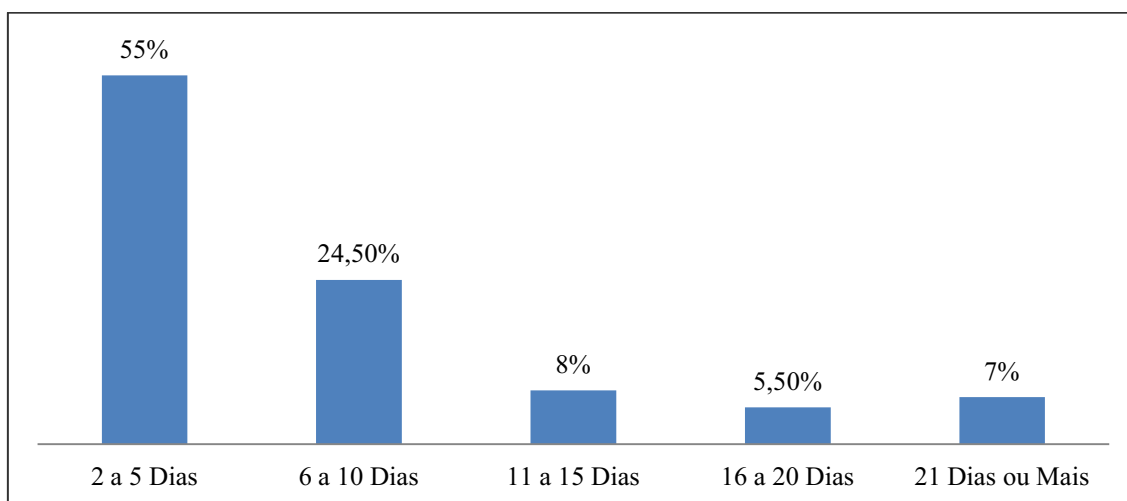
Concernente à unidade de procedência, observou-se predominância de 93 pacientes eram provenientes do Eixo Vermelho com (39%), seguido por 54 pacientes do eixo amarelo com (22,25%) e, 39 do Bloco Cirúrgico com (16,25%). Os demais, 35% (n=54) são procedentes de outras unidades da instituição como clínica médica masculina, feminina, hemodiálise entre outros.

O fato dos pacientes em maior proporção serem procedentes do Eixo Vermelho se justifica, em razão dessa unidade, primeiro ser porta de entrada para pacientes

críticos, que necessitam de assistência de maior complexidade e atendimento imediato dos pacientes com risco de morte. Com relação ao centro cirúrgico este número é justificado devido o hospital estudado não possuir uma Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA), fazendo com que a recuperação após o ato cirúrgico aconteça muitas vezes na UTI.

De acordo com uma pesquisa realizada na UTI de adultos de um Hospital Universitário do município de São Paulo, também mostrou que 40,0% dos pacientes internados eram provenientes do Pronto Socorro (PS), 24,0% da Unidade Semi-Intensiva (USI) e 20,0% do Centro Cirúrgico (CC) (GONÇALVES et al., 2006). No estudo de Rocha (2007), o número de pacientes admitidos do setor de Emergência chega a 63,4% (ROCHA et al., 2007).

Gráfico 5 - Percentual das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, conforme média de permanência, no período de 2016.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2017.

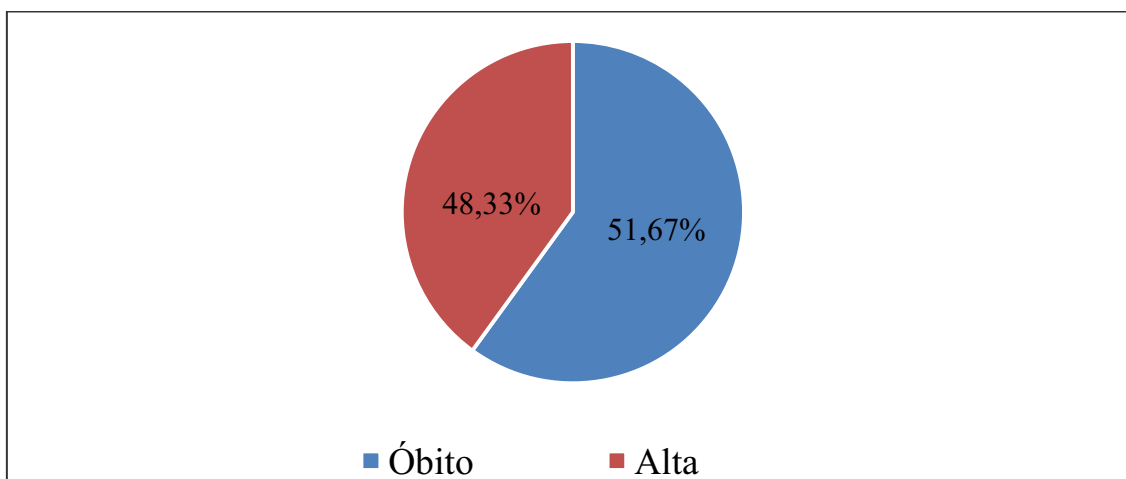
No que se refere ao tempo de internação, verificou-se que 132 pacientes permaneceram internados na unidade por um período de 2 a 5 dias, (55%), outros 59 pacientes ficaram internados por um período de 6 a 10 dias (24,5%), 19 pacientes por um período de 11 a 15 dias (8%), outros 13 pacientes permaneceram por 16 a 20 dias (5,5%) e Os demais 17 (7%) permaneceram na Unidade de Terapia Intensiva por 21 dias ou mais. O tempo de maior permanência registrado foi de 40 dias, e o tempo médio de internação foi de 7,41 dias.

Com relação à média de dias de internação esse estudo foi compatível com outros estudos realizados com 300 pacientes admitidos na UTI do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará em que se encontrou a média de permanência de 8 dias, assim como o predomínio de idosos

(FEIJO et al., 2006). Assemelhando a um estudo desenvolvido na UTI de quatro hospitais do município de São Paulo, onde também a média ultrapassou os 8 dias de internações (SILVA et al., 2011).

A média de 07 dias de internações observada é compatível com estudo realizado em UTI brasileiras, em que se encontrou permanência de 9,4 dias (BASTOS et al., 1996). No entanto, vale ressaltar que essa média está acima da verificada no primeiro Censo Brasileiro de UTI, realizada pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), onde o tempo médio de permanência variou entre 3 e 6 dias, com predomínio de uma média entre 3 e 4 dias (Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, 2000).

Gráfico 6 - Percentual da mortalidade na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2017.

Quanto à evolução do quadro, os dados mostraram que dos 240 pacientes admitidos, 124 (51,67%) foram a óbito e 116 (48,33%) tiveram alta para unidades da instituição ou foram transferidos para outros hospitais de referência do estado. Dentre as causas de óbitos, as doenças respiratórias foram responsáveis por 33% dos óbitos, o que correspondem a 41 casos, prevalecendo a IRPA sobre as demais. Outros 33 pacientes (27%) tiveram como causa do óbito as doenças cardiovasculares, ocupando o primeiro lugar o AVEI. A sepse com 13 casos de óbito (10,4%), o pós-operatório mediato causou óbito em 12 pacientes (9,6%) e, 25 pacientes (20%) por outras causas de óbito na Unidade de Terapia Intensiva investigada.

A constatação da elevada porcentagem de mortalidade entre os pacientes analisados talvez se justifique pela combinação de diferentes fatores, como a existência de estados mórbidos pré-existentes, multiplicidades de causas, a doença atual, a

gravidade clínica, a idade do paciente, e em alguns casos fora da possibilidade terapêutica.

Estes resultados assemelham-se ao estudo de Favarin e Camponogara (2012) onde os dados mostraram que 52 (50%) pacientes admitidos foram a óbito e 52 (50%) tiveram alta. Índices semelhantes de mortalidade foram encontrados na literatura, variando de 46,6% a 58% (OLIVEIRA et al., 2009). Embora possamos encontrar valores menores em outras pesquisas, representando 36% dos óbitos (CARVALHO et al, 2013).

6 CONCLUSÃO

Verificou-se que o perfil da população estudada apresenta como características predominantes: sexo masculino, idosos, procedente do Eixo vermelho e Amarelo da devida instituição. Tendo como as principais causas de internação às doenças cardiovasculares e Respiratórias, seguidas por causas relacionadas ao pós-operatório. Com uma média de idade de 60,47 anos e tempo médio de internação de 7,41 dias. Alcançando um elevado índice de óbito de 51,67%. Os resultados encontrados neste estudo podem ser comparados aos encontrados em outras unidades brasileiras, guardada as características do serviço.

O conhecimento desses dados é de fundamental importância para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência, possibilitando assim ao enfermeiro planejar as ações de cuidado para esses pacientes críticos, através da elaboração de instrumentos de avaliação e metodologias para uma assistência de enfermagem qualificada, obtendo ganhos na evolução do quadro clínico do cliente, como também contribuir para que os serviços de saúde desenvolvam estratégias importantes que sirvam de planejamento e organização do serviço, minimizando principalmente os índices de mortalidade nestes setores.

A limitação deste estudo se deve ao fato de ser uma pesquisa baseada no livro de admissão e alta e prontuários dos pacientes, não sendo possível uma observação clínica mais detalhada para possíveis correções.

Diante destas considerações, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos sobre esta temática, assim com fatores não explorados neste trabalho, com a finalidade de confrontar dados, ampliar o conhecimento e buscar soluções viáveis, obtendo assim uma assistência integral para estes pacientes intensivos.

REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **1º Anuário Brasileiro de Unidades de Terapia Intensiva**; São Paulo, 1999/2000.

BASTOS, P. G. et al. Application of the APACHE III prognostic system in Brazilian intensive care units: a prospective multicenter study. **Intensive Care Med**, 1996; 22: 564-570.

BEZERRA, Giulyanna Karlla Arruda. Unidade de Terapia Intensiva – Perfil das Admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. In: **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa. 16 (4): 491-496, 2012.

BRASIL. portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006. Aprova diretrizes da SES/DF para admissão e alta em terapia intensiva. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, n 169, p. 14, 01 set. 2006. Seção 01.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas com seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 27 de nov. 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 fev. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 27 nov. 2017.

BRITO, M. C.C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. São Paulo: **Revista Kairós Gerontologia**, 16 (3), p.161-178.

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

CARVALHO, N. Z. et al. Principais causas de internamento na unidade de terapia intensiva de um hospital de Maringá – PR. In: VIII Encontro Internacional de Produção Científica, 2013, Paraná. **Anais eletrônico...Paraná: UNICESUMAR**, 2013. Disponível em: <http://WWW.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Naiara_Zanquetta_Carvalho.pdf>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

FAVARIN, Simone Spiazzi; CAMPONOGARA, Silviamar. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Rev Enferm UFSM**, 2012 Mai/Ago; 2 (2):320-329.

FEIJO, C. A. R. et al. Gravidade dos Pacientes Admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Brasileiro. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Vol. 18, n. 1, p. 18-21, jan./mar. 2006.

FIGUEIREDO, N. M. A.; SIVA, C. R. L.; SILVA, R. C. L. CTI: **Atuação, Intervenção e Cuidados de enfermagem**. Editora Yendis, 2006. São Caetano do sul.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIL. A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, L. A. et al. Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006 jan-fev; 59(1): 56-60.

GRENVIK, A.; PINSKY, M. R. Evolution of the intensive care unit as a clinical center and critical care medicine as a discipline. **Critical Care Clinics**. (2009) 25(1), 239-250.
KNOBEL, Elias. **Condutas no Paciente Grave**. 3ª edição, vol. 2, Editora Atheneu, 2006.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

MARTINS, J. J; NASCIMENTO, E. R. P. A Tecnologia e a Organização do Trabalho da Enfermagem em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina. v. 34, n. 4, 2005.

MEDEIROS, F. L. et al. Caracterização da População Atendida em Unidade de Terapia Intensiva: Subsídio para a assistência. Rio de Janeiro: **Rev. Enf.UERJ**; p. 411-416, jul/set 2007.

NOGUEIRA, L. S., SOUSA, R. M. C., PADILHA, K. G., KOIKE, K. M. (2012). Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 59-67.

NOVARETTE, M. C. Z. et al. Gestão em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos. **Rev. Adm. Hosp. Inovação em saúde**. 2015.

NUNES, W. A. et al. Índices de gravidade em unidade de terapia intensiva adulto: avaliação clínica e trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. vol.18, n.3, p. 276-281, 2006.

OLIVEIRA O. A. et al. Epidemiologia da infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva. **Rev Pan Infect**. 2009;11(2):32-7.

PAIVA, S. A. R. et al. Análise de uma população de doentes atendidos em unidade de terapia intensiva – estudo observacional de sete anos (1992 – 1999). **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.14, n.2, p.73-80, abr./jun.2002.

ROCHA, M. S. et al. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. **Ver. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 jul/set; 15(3):411-6.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Ver. Esc. Enferm USP**. 2005; 39 (4): 460-8

SANTOS, A. S. R. et al. caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 141-9.

SILVA, G. F, et al. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Min Enferm**. 2007;11(1):94-98.

SILVA, M.C.M.; SOUSA, R.M.C.; PADILHA, K.G. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Vol. 19 n 4, Ribeirão Preto, Julho / Ago. 2011.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Ver. Saúde Pública**. 2004; 38:687-94.

SOUZA, Claudio José de. **Manual de rotinas em Enfermagem Intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Cultura Médica, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

PERFIL DAS ADMISSÕES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO			
1. Numero de pacientes Admitidos em 01 de Janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016 na UTI do HRC:			
2. IDADE		3. GENERO	
2.1 14 a 19		2.5 50 a 59	3.1 Masculino
2.2 20 a 29		2.6 60 a 69	
2.3 30 a 39		2.7 70 a 79	3.2 Feminino
2.4 40 a 49		2.8 + de 80 anos	
4. PROCEDÊNCIA			
4.1 Eixo vermelho		4.7 Clínica medica posto C	
4.2 Eixo amarelo		4.8 Clínica medica posto D	
4.3 Eixo verde		4.9 Bloco cirúrgico	
4.4 Urgência/Emergência		4.10 Maternidade	
4.5 Clínica medica posto A		4.11 Hemodiálise	
4.6 Clínica medica posto B		4.12 Outros	
5. CAUSAS DE ADMISSÃO NA UTI			
5.1 Neurológicas		5.6 TCE	
5.2 Respiratórias		5.7 Cardiovascular	
5.3 Gastrointestinais		5.8 Hepáticas	
5.4 Sepses		5.9 pós-operatório	
5.5 Renal		5.10 Outras	
6. Pacientes que receberam alta.			
7. Pacientes que evoluíram para óbito			
8. Media de Permanência dos pacientes na UTI			
Observações			

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Pedro Juliano da Silva, sou aluno do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “*Perfil das Admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Alto Sertão Paraibano*”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: A carência de leitos de UTI, a diminuição dos recursos financeiros e a alta demanda de pacientes são os principais limitantes para a admissão do paciente na UTI de todo o Brasil. O motivo que nos leva a estudar este tema se dá em virtude de conhecermos qual o perfil dos pacientes admitidos nesta unidade. O objetivo desta pesquisa é Traçar o perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB no período de 2016. Para o procedimento de coleta de dados da pesquisa será utilizado o prontuário do paciente, bem como o livro de admissão e alta da equipe de Enfermagem. Todos dados serão coletados por meio de uma planilha no Software Microsoft Excel, onde o mesmo estará estruturado com 09 itens.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Como trata-se de uma pesquisa quantitativa não haverá risco físicos mínimos previsível para o (a) Sr. (a) que se submeter à coleta dos dados, entretanto como desconforto o Sr. (a) poderá sentir inseguro quanto a vazamento de informações pessoais ou confidenciais, quebra de sigilo, utilização dos dados que não seja em prol da pesquisa. No entanto a pesquisa tratar-se apenas de respostas a um formulário, onde não haverá identificação individualizada e os dados serão tratados com padrões éticos (conforme Resolução CNS 466/12) e científicos. Como benefícios, podemos destacar a importância de novas pesquisas acerca do tema em questão que possam subsidiar outras posteriormente, além de contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que a presente pesquisa não tem a finalidade de realizar diagnóstico específico para o senhor, e sim identificar fatores gerais da população estudada. Além disso, como no formulário não há dados específicos de identificação do Sr. (a), a exemplo de nome, CPF, RG, etc., não será possível identificá-lo posteriormente de forma individualizada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da

pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para o (a) Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, a proponente será responsável pela indenização ao participante. **DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a) _____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante **Pedro Juliano da Silva**, através do telefone (0xx83)99813 0350 e e-mail: pepe_o_li@hotmail.com ou a professora orientadora **Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro**, através do e-mail: berenice_pinheiro@hotmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n, Bairro Casas Populares Cajazeiras Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-2075.

_____ Nome	_____ Assinatura do Participante da Pesquisa	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador	_____ Data

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**


TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

EU, **Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro**, professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **Pedro Juliano da Silva**, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras-PB, 09 de Junho de 2017.



Prof^ª. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
Universidade Federal de Campina Grande/ SIAPE-1641892

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE:

EU, **Pedro Juliano Da Silva**, aluno do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras-PB, 09 de Junho de 2017.



Pedro Juliano da Silva/ Matricula: 213220078

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUENCIA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

ANUÊNCIA

Autorizo que os pesquisadores MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO E PEDRO JULIANO DA SILVA responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado "PERFIL DAS ADMISSÕES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO" a ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFCG) utilizem o espaço desta instituição, com objetivo exclusivo de coletar os dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidos somente após a aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP.

Cajazeiras, 05 de julho 2017

Sueli Abrantes Uchoa
SEC. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE
MAT: 204.188-0

Sueli D. Uchoa
Ocilma Barros de Quental

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde / HRC

ANEXO B - FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: PERFIL DAS ADMISSÕES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 100			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO			
6. CPF: 885.457.844-49	7. Endereço (Rua, n.º): ALEXANDRE DE CARVALHO BELO HORIZONTE PATOS PARAIBA 58704240		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (83) 3422-1781	10. Outro Telefone:	11. Email: berenice_pinheiro@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>13</u> / <u>07</u> / <u>17</u></p> <p style="text-align: right;"><i>Maria Berenice Gomes Pinheiro</i> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande	13. CNPJ: 05.055.128/0003-38	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	
15. Telefone: (83) 3532-2000	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>MARCELO COSTA FERNANDES</u> CPF: <u>030.199.553-21</u></p> <p>Cargo/Função: <u>COORD. ACADÊMICO DE INF.</u></p> <p>Data: <u>13</u> / <u>07</u> / <u>17</u></p> <p style="text-align: right;"><i>M. Costa Fernandes</i> Assinatura</p> <p style="text-align: right;">Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes Coord. do Curso de Extensão / CPF: 030.199.553-21 Mat. SIAPE: 2055571</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CFP



UFCEG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS ADMISSÕES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Pesquisador: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71259517.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.188.956

Apresentação do Projeto:

Um estudo documental, retrospectivo, feito através de uma pesquisa de campo com caráter quantitativo, a partir dos prontuários e livros de registros da UTI, no Hospital Regional de Cajazeiras- PB.

Objetivo da Pesquisa:

Traçar o perfil das admissões na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do município de Cajazeiras – PB, no período de 2016. Para tanto, pretende-se identificar a prevalência entre gêneros e faixa etária entre as admissões, averiguando as principais doenças ou agravos no ato da admissão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No tocante aos riscos, não haverá risco físico mínimo previsível na coleta dos dados, entretanto, como desconforto poderá sentir-se inseguro quanto ao vazamento de informações pessoais ou confidenciais, quebra de sigilo, privacidade, utilização dos dados que não seja em prol da pesquisa.

Em relação aos benefícios a pesquisa permitirá conhecer o perfil da clientela assistida na Unidade de Terapia Intensiva e isto é importante para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência, possibilitando, assim, ao enfermeiro planejar as ações de cuidado para esses pacientes críticos, através da elaboração de instrumentos de avaliação e metodologias para

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.188.956

uma assistência de enfermagem qualificada, como também contribuir para que os serviços de saúde desenvolvam estratégias importantes que sirvam de planejamento e organização do serviço, minimizando principalmente os índices de mortalidade nestes setores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo com os requisitos estabelecidos pelo CONEP/CEP, inclusive o calendário compatível com o período de execução das atividades.

Recomendações:

Desenvolver uma pesquisa de abordagem qualitativa sobre o tema em estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Importância de novas pesquisas acerca do tema em questão, além de contribuir para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenção.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_948178.pdf	13/07/2017 23:07:34		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_pedro.pdf	13/07/2017 23:07:09	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	13/07/2017 13:16:52	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	13/07/2017 13:16:34	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	13/07/2017 13:14:10	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares
UF: PB Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



UFCEG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.188.956

Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	29/06/2017 11:20:45	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_COLETA.docx	21/06/2017 18:44:05	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	21/06/2017 18:43:26	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMP_PESQ_RESPONSAVE L.docx	21/06/2017 18:42:30	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMP_PESQ_PARTICIPANT E.docx	21/06/2017 18:40:13	MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 27 de Julho de 2017

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br