

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de medicina

Ana Clara Almeida Santos
Laura Alves Xavier
Maria Eduarda Araujo Tassara Moraes
Maria Luiza Silveira Lopes Nico
Rita Romio Saba

**Análise do perfil de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um
Hospital particular de médio porte no município de Anápolis - GO**

Anápolis, Goiás

2025
Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

Análise do perfil de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital particular de médio porte no município de Anápolis-GO

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás- UniEVANGÉLICA, sob orientação do Prof. Dr. Humberto Fontoura.

Anápolis, Goiás

2025



**ENTREGA DA VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À Coordenação de Iniciação Científica Faculdade de Medicina- UniEvangélica

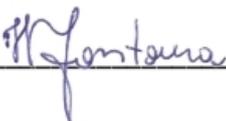
Eu, Prof^(a) Orientador Humberto de Sousa Fontoura venho, respeitosamente, informar a essa coordenação, que os(as) acadêmicos(as) Ana Clara Almeida Santos, Laura Alves Xavier, Maria Eduarda Araujo Tassara Moraes, Maria Luiza Silveira Lopes Nico e Rita Romio Saba estão desenvolvendo o trabalho de curso intitulado Análise do perfil de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital particular de médio porte do município de Anápolis-GO pronto para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEvangélica.

Observações:

Anápolis, 10 de maio de 2025.

Assinatura do orientador:



RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é responsável pelo atendimento de pacientes com condições clínicas graves e instabilidade vital, que necessitam de monitoramento contínuo e suporte multissistêmico. Esses pacientes são classificados de acordo com suas condições clínicas e níveis de complexidade, visando um manejo mais especializado e a otimização da conduta da equipe multidisciplinar. Nesse sentido, existem diversos fatores que influenciam o funcionamento da UTI e impactam diretamente a evolução dos pacientes. Portanto, entender o perfil clínico-epidemiológico dos internados é crucial para otimizar a assistência e aprimorar a qualidade do atendimento prestado e garantir uma melhor evolução ao paciente. **OBJETIVO:** O presente estudo possui como objetivo identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados na UTI de um hospital particular de médio porte. Para esta finalidade, foram analisadas variáveis como idade, sexo, diagnóstico principal, procedência, uso de antibióticos e desfecho clínico dos pacientes em leitos de internação no período estabelecido. **METODOLOGIA:** trata-se de uma pesquisa de caráter transversal analítico, com amostragem por conveniência. Os materiais foram coletados diretamente dos prontuários fornecidos pelo hospital, abrangendo todos os pacientes internados nos 20 leitos de UTI no primeiro semestre de 2024, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Os dados levantados foram tratados por meio do teste qui-quadrado, por meio do software IBM-SPSS Statistics 22.0 para avaliar a associação estatística entre as variáveis analisadas, sendo que o nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$, com intervalo de confiança em 95%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil (ofício 6.939.539). **RESULTADOS:** foram analisados 158 prontuários, dos quais 153 foram incluídos no estudo. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idades entre 61 e 80 anos. O diagnóstico mais comum foi sepse, e o pronto-socorro foi a principal porta de entrada. Aproximadamente 75% dos pacientes fizeram uso de antibióticos durante a internação. O desfecho mais frequente foi o óbito, o que evidencia a gravidade dos casos atendidos na UTI. **CONCLUSÃO:** existe uma relação direta entre a idade, sexo, comorbidades, dias de internação e uso de antibióticos no prognóstico e evolução do quadro dentro da unidade de cuidados. Assim, os resultados destacam a importância de estratégias para otimizar o atendimento na UTI, reduzir complicações e melhorar a assistência aos pacientes críticos.

Palavras-chave: Cuidado Crítico, Perfil de saúde, Unidades de Terapia Intensiva, Sepse.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is responsible for treating patients with severe clinical conditions and vital instability, requiring continuous monitoring and multisystem support. These patients

are classified according to their clinical conditions and levels of complexity to ensure more specialized management and optimize the multidisciplinary team's approach. In this context, several factors influence the ICU's operation and directly impact on patients outcomes. Therefore, understanding the clinical-epidemiological profile of hospitalized patients is crucial to optimizing care, improving service quality, and ensuring better patient outcomes. This study aims to identify the clinical-epidemiological profile of patients admitted to the ICU of a medium-sized private hospital. To achieve this, variables such as age, sex, primary diagnosis, admission source, antibiotic use, and clinical outcomes were analyzed among patients in ICU beds within the established period. Regarding the methodology used, this is an analytical cross-sectional study with convenience sampling. The data of this search were collected directly from medical records provided by the hospital, covering all ICU-admitted patients in the 20 hospital beds during the first half of 2024 who met the inclusion and exclusion criteria. The collected data was analyzed using the chi-square test in IBM-SPSS Statistics 22.0 software to assess the statistical association between the analyzed variables. The significance level was set at $p < 0.05$, with a 95% confidence interval. The study was approved by the Research Ethics Committee of Plataforma Brasil (approval number 6.939.539). Regarding the results, 158 medical records were analyzed, of which 153 were included in the study. Most patients were male, aged between 61 and 80 years. The most common diagnosis was sepsis, and the emergency department was the main point of entry. Approximately 75% of patients used antibiotics during hospitalization. The most frequent outcome was death, highlighting the severity of cases treated in the ICU. Thus, it is possible to conclude that there is a direct relationship between age, sex, comorbidities, length of stay, and antibiotic use in prognosis and disease progression within the ICU. These results emphasize the importance of strategies to optimize ICU care, reduce complications, and improve the treatment of critically ill patients.

Keywords: Critical Care. Health Profile. Intensive Care Units. Sepsis.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------|-----------|
| RESUMO | 8 |
| ABSTRACT | 8 |
| 1.INTRODUÇÃO | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 2.REVISÃO DE LITERATURA..... | 13 |
| 2.1 Unidade de terapia intensiva (UTI)..... | 13 |
| 2.2 Tipos de unidade de terapia intensiva | 13 |
| 2.3 Principais motivos de internação na UTI | 14 |
| 2.4 Prevalência de gênero e idade nas internações nas UTIs | 15 |
| 2.5. Membros da equipe de saúde presente na unidade de terapia intensiva | 16 |
| 2.6 Cuidados intensivos frequentes em UTI | 16 |
| 2.7 Principais infecções secundárias à internação..... | 18 |
| 2.8 Principais eventos adversos | 20 |
| 3. OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 23 |
| 3.2 Objetivos específicos | 23 |
| 4.METODOLOGIA..... | 24 |
| 4.1. Tipo de estudo | 24 |
| 4.2. Local de estudo | 24 |
| 4.3. População e amostra | 24 |
| 4.4 Critérios de inclusão | 24 |
| 4.5. Critérios de exclusão | 25 |
| 4.6. Procedimento de coleta de dados | 25 |
| 4.7 Metodologia de análise de dados..... | 25 |
| 4.8. Aspectos éticos da pesquisa | 25 |
| 5. RESULTADOS | 26 |
| 6. DISCUSSÃO | 32 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 37 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| ANEXOS: | 43 |
| APÊNDICES | 46 |

1. INTRODUÇÃO

Por definição, a unidade de terapia intensiva (UTI) é definida como um setor hospitalar organizado capaz de oferecer suporte de alta complexidade, a fim de manter a vida durante situações de extrema gravidade e morte. Surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoar e concentrar recursos materiais e humanos para atendimento de pacientes graves, mas ainda recuperáveis, com necessidade constante de observação e cuidados médicos. Dessa forma, as unidades requerem assistência de saúde complexa, que possa oferecer suporte vital multissistêmico, com infraestrutura e equipe adequada (PEIXOTO *et al.*, 2023).

Ademais, para melhor distribuição dos esforços necessários no cuidado intensivo, são estabelecidas diferentes classificações das unidades intensivas. De acordo com a resolução nº 2.271/2020, as UTIs podem ser classificadas como gerais ou mistas, compreendendo pacientes tanto da área clínica quanto da cirúrgica. Além disso, podem atender a diversas especialidades ou ser específicas à algum subgrupo, como a pediátrica (AMIB, 2020).

Ainda assim, para melhor distribuição dos esforços necessários no cuidado intensivo, são estabelecidas diferentes classificações das unidades intensivas, levando em consideração a faixa etária dos enfermos, o nível de complexidade da situação do paciente, além da especialização dos cuidados para o órgão acometido, visando o melhor manejo e conduta da equipe médica no fornecimento do atendimento especializado (NASSIFF *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, entende-se que a distribuição de leitos no Brasil não é suficiente para atender às diferentes demandas. Nessa perspectiva, faz-se necessário analisar a prevalência nas diferentes causas dos atendimentos no meio hospitalar com a expectativa de reduzir as suas ocorrências, levando em consideração a necessidade de equipamentos tecnológicos que demandam investimentos, a fim de manter a excelência no atendimento e assegurar a saúde do paciente (CASTRO *et al.*, 2021).

Tendo em vista o cenário de internação dos pacientes que necessitam de cuidados especiais nas UTIs, fica claro que o tempo de permanência, o tipo de procedimento realizado, o uso indiscriminado de agentes microbianos de maneira desordenada e a falta de capacitação dos profissionais de saúde criam um ambiente favorável para disseminação e aumento dos casos de infecções nosocomiais nos centros hospitalares, aumentando o agravo e morbimortalidade dos pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Além disso, é indispensável conceituar a UTI como uma área crítica pelo risco elevado de desenvolver Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Estas são causadas principalmente pela realização de procedimentos invasivos, como uso de cateteres venosos centrais e sondas vesicais de demora, por meio do manuseio de produtos e roupas e pela baixa adesão as normas de biossegurança por parte da equipe. Nesse âmbito, as IRAS são uma das principais causas de complicações dentro das UTIs, tornando-se um problema de saúde pública graves, resultando em um maior número de óbitos, comprometendo então a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (ANVISA 2021; CDC, 2024).

Em primeiro plano, é de grande importância a abordagem da biossegurança em ambiente intensivo como uma prática rígida para prevenção e eliminação de riscos que podem comprometer a qualidade da assistência prestada aos indivíduos da sociedade, já que pacientes internados são susceptíveis a sofrerem danos, mesmo que não intencionais. É evidenciado nos grandes centros hospitalares a falta de adesão da equipe de saúde nas práticas de higiene das mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e uso de precauções padrão para redução da transmissão de infecções, impedindo a conservação do bem-estar e proteção da vida de profissionais e usuários do sistema de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Dessa forma, o presente estudo delimitou o perfil dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva, por meio da análise das informações contidas nos prontuários médicos. Foram levantados dados relevantes, como idade, sexo, comorbidades, uso de antimicrobianos, presença de lesões por pressão, procedência, diagnóstico e desfecho clínico. Essas informações contribuem significativamente para a adequação da assistência prestada, permitindo uma melhor preparação da equipe para o manejo dos casos mais graves e recorrentes nesse setor hospitalar. Assim, o objetivo do estudo baseia-se na delimitação do perfil clínico-epidemiológico de pacientes internados na unidade de terapia intensiva, analisando as variáveis clínicas e terapêuticas a partir de dados obtidos nos prontuários.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Unidade de terapia intensiva (UTI)

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foram criadas durante a Guerra da Criméia, para separar os pacientes mais graves, e alocando eles mais próximos aos profissionais de saúde, o monitoramento e atendimento seriam facilitados. É indubitável que houve melhora na logística dos atendimentos, além de uma redução de 40% para apenas 2% na taxa de mortalidade (SMITH, 2021).

Acrescenta-se que além da aproximação dos pacientes com os profissionais especializados foi possível facilitar o acesso a suportes tecnológicos avançados. Cita-se as intervenções de difícil execução em enfermarias comuns, como monitores cardíacos, ventiladores mecânicos e utilização de drogas vasopressoras. O atendimento fica aos cuidados da equipe permanente de médicos e da enfermagem, além de outros profissionais da saúde. A equipe deve ter preparo para o atendimento, além de conhecimentos teóricos para formular intervenções terapêuticas com métodos multidisciplinares para o manejo de pacientes admitidos na unidade (FONSECA *et al.*, 2020).

Destaca-se, a preconização da Organização Mundial de Saúde (OMS) em que 7% a 10% do total de leitos hospitalares sejam leitos de UTI, ressaltando sua importância. O cenário nacional dispõe de 27.373 leitos de UTI dos quais 17.357 (62,57%) são relativos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com base nesses dados, o Brasil possui uma cobertura de apenas 4,5% de leitos de unidade de terapia intensiva (BRASIL, 2020).

2.2 Tipos de unidade de terapia intensiva

Com a intenção de proporcionar um tratamento mais adequado para o paciente, existem unidades que atendem a públicos com faixas etárias específicas. Pode-se citar como classificações: adulto, pediátrica, pediátrica mista (pediátrica e neonatal) e neonatal (CFM, 2020).

Divide-se as unidades em 3 níveis distintos: Nível de atenção III (muito alto), se caracteriza por conter pacientes de UTI com múltiplas falências de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-las, com caráter de ameaça imediata à vida; Nível de atenção II (alto) trata-se de pacientes de UTI com falência de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-la, com caráter de

ameaça à vida, que necessitam de monitoramento e/ou suporte de menor complexidade, como assistência respiratória ou terapia de substituição renal ou droga vasoativa em infusão intravenosa contínua; Nível de atenção I (médio-baixo) apresenta pacientes de UTI que necessitam de monitorização por risco de desenvolver uma ou mais falências agudas de órgãos ou que estão se recuperando de condições críticas, mas cuja condição requer maior intensidade de cuidado da equipe multiprofissional, e que a enfermagem não consegue gerir o atendimento (CFM, 2020).

Conclui-se que, quando se trata pacientes com doenças graves e que necessitam de tratamento intensivo, deve-se adequar o lugar da internação para que todas as necessidades e demandas sejam realizadas. Desse modo, é indubitável considerar a faixa etária do paciente, o motivo da internação e comorbidades associadas. Assim, aumenta-se a chance de melhora e, conseqüentemente, de alta (SMITH; JOHNSON; WILLIAM, 2021).

2.3 Principais motivos de internação na UTI

Sabe-se que no Brasil os leitos de UTI são distribuídos de modo heterogêneo, destacando incapacidade de resposta dos estados em atender às demandas de cuidados intensivo de forma igualitária, mesmo com os estabelecimento de critérios clínicos padronizados (BARBOSA, 2024). Desse modo, é necessário analisar os principais motivos de internação dos pacientes nessa ala hospitalar, uma vez que nem sempre há disponibilidade de leitos para todos os necessitados.

Dentre vários aspectos analisados, o estado geral do paciente recebe destaque pois, pode-se perceber que estão hospitalizados nas unidades de terapia intensiva aqueles que estão em um estado geral grave, ou seja, apresentam instabilidade hemodinâmica. Ademais, Rocha *et al.* (2023) cita que também estão presentes pacientes em estado regular, porém com funções vitais irregulares, uma vez que demandam cuidado intensivo.

Os principais motivos que levaram à internação em uma unidade de terapia intensiva, foram, em ordem decrescente, caracterizadas por: fenômenos tromboembólicos, pneumonia ou broncoespasmo, sepse ou choque séptico, politrauma e insuficiência respiratória (SANTANA *et al.*, 2023).

Em relação aos principais sistemas que levaram à internação do paciente em uma unidade de terapia intensiva apresentam-se por cardiovascular, seguido pelas alterações

respiratórias, neurológica e cirúrgica Reis *et al.* (2021). Em relação aos principais diagnósticos cardioembólicos estão a insuficiência cardíaca congestiva e o acidente vascular encefálico (AVE), como forma de agravo das condições cardíacas. Acerca das doenças respiratórias, destacam-se pela insuficiência respiratória aguda (IRpA), infecção do trato respiratório (ITR) e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (CASTRO *et al.*, 2021).

Associada às comorbidades, as que apresentam uma maior prevalência nas UTIs são compostas pela hipertensão arterial sistêmica, seguida de diabetes mellitus e neoplasias. Vale ressaltar que complicações destas comorbidades também são motivos relevantes para internação nas unidades de terapia intensiva. Ademais, podem estar associadas à uma maior chance de complicações após a internação nessas unidades (ROCHA *et al.*, 2023).

Seguido das doenças cardiovasculares e respiratórias, conforme Pauletti *et al.* (2017), um outro motivo de internação nas UTIs é a septicemia não especificada juntamente com o rebaixamento de sensório, evidenciando ser um fator crucial para a admissão de pacientes, principalmente aqueles com idade superior a 60 anos (SILVA *et al.*, 2018). Todavia, em menor nível de ocorrência tem-se as internações por motivos gastrointestinais que, de acordo com Castro *et al.* (2021), estão mais associadas às complicações, como a diarreia.

2.4 Prevalência de gênero e idade nas internações nas UTIs

Saber da prevalência de gênero e idade dos pacientes internados nas UTIs é relevante para a promoção da equidade no atendimento médico. Aguiar *et al.* (2021), destaca que as UTIs apresentam grande diversidade, com diferentes perfis de pacientes, além de variações em localização, tamanho, gravidade dos casos e disponibilidade de intensivistas. Estar ciente dessas diferenças permite que o sistema de saúde ofereça o atendimento individualizado adequado a cada paciente. Ademais, a maioria das internações na unidade de terapia intensiva são masculinas e esses possuem prevalência de idade maior que 50 anos.

Logo, descrever as características sociodemográficas é eficaz para nortear o planejamento do tratamento, a obtenção de materiais e medicamentos, a fim de fornecer um atendimento de melhor qualidade, além de levar a um sistema de saúde equitativo.

2.5. Membros da equipe de saúde presente na unidade de terapia intensiva

Inicia-se dizendo que uma equipe multiprofissional de uma UTI pode ser constituída por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Essa equipe deve estar presente desde a internação dos pacientes até o momento da alta e, em alguns casos, deve-se continuar o acompanhamento por meio da realização de consultas periódicas (BEZERRA *et al.*, 2024).

Espera-se que exista uma comunicação entre os setores com o objetivo de proporcionar o melhor tratamento possível para o enfermo. Além disso, deve-se destacar que cada profissional possui suas demandas específicas, cita-se: os enfermeiros fazem o planejamento de cuidados individualizado; os médicos estabelecem novas condutas; os fisioterapeutas acerca-se da necessidade de sua maior atuação junto a aquele doente; os nutricionistas agem nas visitas diárias feita à unidade nas quais toma ciência das dietas prescritas, podendo adequá-las ao gosto de cada paciente; por fim, os psicólogos atuam para auxiliar os pacientes a lidarem com esse momento conturbado e agonizante das suas vidas (BEZERRA *et al.*, 2024).

2.6 Cuidados intensivos frequentes em UTI

Os cuidados intensivos realizados nas unidades de terapia intensiva (UTI) são de grande relevância para a manutenção do tratamento dos pacientes, de acordo com a gravidade de cada condição clínica. Santos *et al.* (2021), destaca que a demanda desses procedimentos é baseada no requerimento de monitorização de pacientes críticos, onde estes visam garantir a estabilidade e melhora das condições dos pacientes.

É relevante destacar alguns dos procedimentos mais realizados e suas indicações, para assim melhor compreender os riscos e as necessidades de cuidados intensivos. Cita-se: acesso venoso central, gasometria arterial, respiração mecânica e cateterismo vesical de demora (SOUZA; VIEGAS; CAREGNATO, 2020).

Assim, o acesso venoso central é um procedimento realizado rotineiramente para a manutenção do bem-estar do paciente, o qual pode ser indicado por diversos fatores, como: período prolongado de hospitalização, a demanda por terapia intravenosa de longa duração, a administração de medicamentos que podem irritar as veias, a necessidade de nutrição parenteral e a indisponibilidade de veias periféricas de qualidade para inserção de cateteres. Nesses casos,

o médico responsável pode optar por um acesso central, colaborando para que a administração do tratamento e monitoramento do paciente seja mais estável e segura. A manutenção do acesso é extremamente importante, no que diz respeito à prevenção de infecções. É fundamental adotar procedimentos rigorosos para garantir a assepsia. Isso inclui a utilização de luvas ao manipular o cateter, a vigilância constante quanto a possíveis sinais de inflamação, como exsudato, vermelhidão, calor e inchaço, além da atenção aos indícios de infecção no sistema circulatório, tais como tremores, sudorese e confusão mental. Outrossim, é necessário estar atento a complicações locais, como hiperemia, flebite, infiltração, edema e queixas de dor (SOUZA; VIEGAS; CAREGNATO, 2020).

Em adição, a gasometria arterial, outro procedimento frequente nas UTIs, é um exame que envolve a coleta de amostras de sangue a partir da artéria radial, geralmente na região do pulso, embora também seja possível coletar sangue das artérias braquial ou femoral. Essas amostras sanguíneas são utilizadas para determinar os níveis de oxigênio e dióxido de carbono no sangue circulante, fornecendo informações cruciais sobre a oxigenação e o equilíbrio ácido-base no corpo do paciente. Dependendo dos resultados, esse exame pode indicar que o paciente possui problemas renais, doenças respiratórias ou desequilíbrios metabólicos. Logo, a gasometria arterial permite ao médico analisar a função respiratória e o equilíbrio ácido-base do paciente, através da amostra de sangue proveniente de uma artéria. A interpretação dos resultados é crucial para o diagnóstico e tratamento adequados das condições médicas do paciente (SOUZA; VIEGAS; CAREGNATO, 2020).

Além disso, a intubação orotraqueal é um procedimento frequentemente realizado nas internações em UTIs, para que seja estabelecida uma via aérea artificial em pacientes que necessitam de proteção das vias aéreas superiores ou quando estas estão obstruídas. A intubação melhora a higiene pulmonar e em casos de insuficiência respiratória aguda é possível realizar terapia de pressão positiva (SOUZA; VIEGAS; CAREGNATO, 2020). Em resumo, a intubação orotraqueal é um procedimento vital que envolve a inserção de um tubo para facilitar a ventilação mecânica em pacientes críticos. Sua realização exige uma equipe multidisciplinar coordenada e cuidados específicos para garantir a segurança e eficácia do procedimento, bem como a manutenção da ventilação adequada ao paciente.

Logo, o cuidado meticuloso e a atenção constante aos procedimentos realizados em unidades de terapia intensiva são cruciais não apenas para garantir a recuperação eficaz dos

pacientes críticos, mas também para minimizar riscos, promover a segurança e assegurar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

2.7 Principais infecções secundárias à internação.

As infecções hospitalares ou nosocomiais são adquiridas em ambiente hospitalar e se manifestam ainda durante a internação ou após a alta hospitalar, segundo GOMES *et al.* (2020). Ademais, elas cumprem ao critério ao se apresentarem a partir de 72 horas da entrada no ambiente hospitalar, quando se desconhece o período de incubação do agente etiológico responsável pela infecção, de acordo com Hospital Israelita Albert Einstein (2020).

Com isso, elas compõem as principais causas de complicações e mortalidades em pacientes graves relacionados às internações na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (SENA *et al.*, 2022).

Diante dos conceitos apresentados, entende-se que as infecções mais frequentes são as urinárias, pneumonias e feridas cirúrgicas. Essas são causadas principalmente por métodos invasivos no período de internação, relacionadas a procedimentos como: cateterismos urinários, intubação traqueal, ventilação mecânica e cateteres intravasculares dos pacientes, o que favorece a colonização e a infecção dos enfermos (BORGES *et al.*, 2024).

Nesse viés, é visto que os patógenos mais predominantes nas infecções de pacientes graves são *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus spp.*, em infecções ginecológicas. A *Staphylococcus spp.*, em especial, é um importante causa de infecções por estar associada ao aumento de mortalidade, especialmente nos casos de cepas resistentes. Os mecanismos de resistência incluem: hiperprodução de betalactamases, alteração de proteína ligadora de penicilina (PBP 2a) e modificações na capacidade de ligação das PBPs. Nesse sentido, reconhecer a origem da fonte de infecção e sua causa orienta o raciocínio clínico para o tipo de patógeno mais provável e melhor tratamento ao paciente (VAUCHER *et al.*, 2022; ANTUNES *et al.*, 2023).

De acordo com os patógenos, o mecanismo fisiopatológico de multiplicação envolve bactérias extra e intracelulares, produção de toxinas e mudança no padrão da imunidade do hospedeiro, favorecendo a colonização de novos tecidos. Dessa maneira, a infecção se dá pelo resultado do desequilíbrio entre mecanismos imunitários e do próprio microrganismo infectante ou seus produtos (BORGES *et al.*, 2024).

Em adição, cabe analisar as principais formas de infecções secundárias relacionadas à internação na UTI. Inicialmente, tem-se o cateterismo vesical de demora (CVD) como um dos dispositivos mais utilizados na internação - cerca de 16 a 25% dos pacientes hospitalizados-, auxiliando no monitoramento da diurese em internações críticas. Logo, devido ao sítio altamente colonizado em que se coloca o dispositivo, a ocorrência de Infecções do Trato Urinário (ITU) se configura como principal consequência do cateterismo, sendo indispensável a adoção de medidas de prevenção para redução dos casos: como protocolo e checklist pelos profissionais de saúde em ambiente hospitalar (ROCHA *et al.*, 2023).

A intubação orotraqueal (IOT) se caracteriza como procedimento invasivo complexo que visa garantir uma via aérea segura para adequado suporte ventilatório do paciente. A prática da IOT é muito utilizada em centros de terapia intensiva, principalmente pelo melhor controle das vias aéreas em pacientes submetidos a anestesia geral, gravemente feridos e com lesões multissistêmicas. Nesse viés, inúmeros fatores atuam para a falta de sucesso e propagação de infecções pela IOT, como a falta de conhecimento pelos profissionais de saúde, inúmeras tentativas de inserção e questões anatômicas intrínsecas dos próprios pacientes (SOUZA *et al.*, 2021).

Sendo assim, a principal consequência de uma intubação orotraqueal em pacientes de UTI é o desenvolvimento de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), causada pela contaminação do equipamento respiratório, disseminação hematogênica, formação de biofilmes e aspiração do conteúdo faríngeo, sendo necessário o estabelecimento de protocolos de atendimento, controle de infecção e medidas preventivas de higiene para melhoria na qualidade de assistência (ANTUNES *et al.*, 2023).

A pneumonia em pacientes críticos apresenta maior risco de ser uma infecção por patógenos multirresistentes (PMR), podendo ser uma pneumonia associada à assistência à saúde (PAAS) decorrente de aspirações, pneumonia adquirida no hospital (PAH) ou pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), que geralmente estão associadas a complicações extrapulmonares e alta mortalidade (DE OLIVEIRA; BUSTAMANTE; BESEN, 2022).

Outra maneira de reduzir a transmissão de agentes infecciosos é o estabelecimento de medidas de precauções-padrões que englobam lavagem de mãos, uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC) e o manuseio apropriado de resíduos dos serviços de saúde. As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) estão

intimamente ligadas ao uso inadequado de equipamentos no âmbito hospitalar. As práticas de higiene dos profissionais são pouco incentivadas nas instituições, favorecendo a contaminação cruzada e perpetuação de microrganismos (SILVA *et al.*, 2022).

De acordo com uma análise do contexto das infecções e da assistência à saúde, tem-se que o engajamento da equipe multiprofissional é capaz de garantir a melhoria nos quadros a partir de práticas adequadas, segurança no ambiente intensivo, regulamentação eficaz, atenção ao risco-benefício do paciente, protocolos, equipamentos, materiais e estrutura apropriadas para assegurar minimamente a assistência de forma confiável, reduzindo significativamente a ocorrência de infecções hospitalares e aumento da sobrevida dos pacientes internados (DE OLIVEIRA; BUSTAMANTE; BESEN, 2022).

2.8 Principais eventos adversos

A segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP (2023) e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, familiares, gestores e profissionais de saúde, a fim de oferecer atendimento seguro aos pacientes. Para tanto, é preciso promover capacitação para os profissionais que atuam direta e indiretamente no cuidado à saúde, bem como para os gestores de centros de saúde. Pode-se definir “segurança do paciente” como os atos que buscam evitar, prevenir e melhorar as possíveis complicações e eventos adversos (EA) na vida dos pacientes (BARBOSA *et al.*, 2021; BRASIL, 2023).

Já os eventos adversos são, por definição, incidentes que resultam em danos ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base. Esses são passíveis de ocorrer em qualquer instituição de saúde, mas, a unidade de terapia intensiva é um lugar propício para o acontecimento de incidentes, podendo resultar em danos permanentes ou não aos pacientes (FIOCRUZ, 2012; NISHIOKA *et al.*, 2021).

Ademais, a ocorrência de eventos adversos na UTI é um fator preocupante, haja vista que os pacientes internados nessas áreas são mais críticos e, portanto, caso haja necessidade de intervenção, demandam de altas doses medicamentosas e procedimentos invasivos de alta complexidade. Deste modo, as consequências ocasionadas pelos eventos adversos, podem resultar no aumento da permanência hospitalar, bem como no aumento da taxa de mortalidade dos pacientes (BARBOSA *et al.*, 2021).

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (2022), os eventos adversos fazem parte das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo. Em países de alta renda, estima-se que um em cada dez pacientes sofra algum dano ao receber cuidados hospitalares. Já em hospitais de países de baixa e média renda, a cada ano, 134 milhões de eventos adversos ocorrem devido a cuidados em saúde inseguros, resultando em 2,6 milhões de mortes. Desses, estima-se que apenas 30% dos incidentes são revelados para os pacientes. Assim, é perceptível que se trata de um problema global, em que busca-se camuflar tais erros ao escondê-los dos pacientes ao invés de minimizá-los.

Estima-se que 43% dos pacientes internados nas UTI sofrem, pelo menos, um evento adverso, entretanto, 82% destes erros são classificados como totalmente evitáveis. Os principais eventos adversos ocorridos na unidade de terapia intensiva estão relacionados com “medicação/fluidos endovenosos” onde se há erro de dose, omissão de dose, aprazamento errado, contraindicação e medicamento fora da validade, além de falhas nos equipamentos médicos e na infraestrutura. Observa-se, além disso, que eventos como lesão por pressão (LPP), extubação acidental, falha de registro em prontuário, especialmente as anotações de enfermagem e caligrafia médica ilegível são erros frequentes nas terapias intensivas (DE PAULA *et al.*, 2021).

Percebeu-se então que os principais erros e falhas que acometem os pacientes em uma UTI, decorrem, principalmente, de três pilares: assistência de enfermagem, aumento do tempo de permanência dos pacientes na UTI e o aumento da carga horária de trabalho. Todas essas situações estão diretamente ligadas ao aparecimento de lesões por pressão, quedas e danos por manejo nos cateteres vasculares, entre outros (BARBOSA *et al.*, 2021).

Ademais, pacientes internados em unidades intensivas possuem um quadro clínico de extrema vulnerabilidade, sendo susceptíveis a infecções circulantes no ambiente hospitalar. Para tanto, faz-se necessário uma higienização extremamente eficaz durante e após o manuseio dos pacientes e dos equipamentos que serão utilizados por esses dentro das unidades intensivas, a fim de evitar tais eventos adversos (COSTA *et al.*, 2019).

Logo, é imprescindível tentar minimizar tais eventos, com o intuito de assegurar a segurança do paciente. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) estabeleceu, além da prática da higienização das mãos, a qual engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antisepsia

cirúrgica das mãos; a desinfecção apropriada dos dispositivos invasivos utilizados, materiais e superfícies, bem como a adoção do uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Assim, espera-se reduzir a incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) no ambiente hospitalar, já que representam uma causa prevenível de doença e morte entre os pacientes (COSTA *et al.*, 2019; FERRAZ *et al.*, 2024).

Para além das infecções, as Lesões por Pressão (LPP) em pacientes acamados no centro intensivo caracteriza-se como outro evento adverso notório e passível de ser evitado. Segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), a Lesão por Pressão (LPP) é um dano localizado na pele e/ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão isolada ou combinada com forças de cisalhamento e/ou fricção, como também pelo microclima, nutrição, perfusão e condições do tecido. Estudos citam que, pacientes acometidos por lesões de pressão durante a internação hospitalar ou assistência domiciliar, ainda compõem um problema significativo na atenção a saúde e de enfermagem, por prejudicar a qualidade de vida com o aumento de permanência hospitalar, em média de 7 dias, e elevação dos custos de saúde. No entanto, sua ocorrência não está ligada somente a falhas no cuidado, mas também está relacionada com características intrínsecas do indivíduo (CAMPOI *et al.*, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2022).

Apesar de não depender apenas de fatores externos, a LPP é considerada um dos indicadores negativos de qualidade assistencial dos serviços de saúde e de enfermagem. Assim, considerando o contexto da segurança do paciente, sua prevenção é importante (MENDES *et al.*, 2024).

De acordo com Santos *et al.* (2021), sua ocorrência é consideravelmente maior em pacientes internados com mais de 10 dias de permanência na unidade de terapia intensiva. Assim, dentro do contexto da segurança do paciente, sua prevenção é importante para reduzir o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva, e assim evitar possíveis complicações (PACHÁ *et al.*, 2018).

Nesse sentido, entende-se que os eventos adversos são mais passíveis de ocorrer na unidade de terapia intensiva e, portanto, é necessária uma atenção maior para as demandas e cuidados que os pacientes dessa necessitam.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Por meio deste estudo, identificou-se o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes uma vez submetidos à internação na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital particular de médio porte, a partir dos dados obtidos pelos prontuários dos pacientes.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados;
- Identificar qual a causa mais prevalente na internação na unidade de terapia intensiva;
- Identificar a procedência dos pacientes internados;
- Verificar quais e quantas comorbidades preexistentes os pacientes internados na unidade intensiva apresentam;
- Correlacionar a idade dos pacientes com a quantidade de comorbidades;
- Correlacionar o tempo de internação com a presença de lesões por pressão;
- Correlacionar a idade dos pacientes com o desfecho clínico;
- Identificar quais classes de antibióticos foram mais utilizadas;
- Correlacionar a procedência dos pacientes internados com o desfecho clínico.

4.METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

A pesquisa é de caráter transversal analítico, com amostragem por conveniência, com a coleta de dados diretamente nos prontuários fornecidos pela unidade de terapia intensiva de um hospital particular de médio porte.

4.2. Local de estudo

O local de pesquisa foi o Hospital Evangélico Goiano, em Anápolis-GO, com análise de prontuários de pacientes internados em 20 leitos na Unidade de Terapia Intensiva, no período de janeiro a junho de 2024.

4.3. População e amostra

A população de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva no primeiro semestre de 2024 foi de 158 pacientes, todavia enquadravam-se nos critérios do trabalho 153 pacientes (Apêndice A).

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa:

- Os prontuários dos pacientes que foram internados na UTI do hospital participante do estudo devidamente preenchidos;
- Durante o período de janeiro até junho de 2024;
- Compreendem ao menos 4 critérios dos aspectos estabelecidos pelo instrumento de coleta de dados, elencado no apêndice A.

4.5. Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa:

- Prontuários inadequadamente preenchidos, que não contemplaram ao menos 4 critérios analisados pelo instrumento de coleta de dados, no apêndice A.
- Prontuários que não possuísem as informações necessárias para se atingir os objetivos do estudo.

4.6. Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir do prontuário fornecido pelo Hospital Evangélico Goiano (HEG) no município de Anápolis-GO e transcritos para o instrumento de coleta de dados (apêndice A). A coleta foi feita em sala privativa, onde os prontuários foram transcritos para os fins da pesquisa, resguardando o sigilo e identidade dos pacientes.

Foram verificados os fatores relativos à idade, sexo, procedência, causas prevalentes de internação, comorbidades associadas, uso de antibiótico, tempo de internação, a existência de lesão por pressão e o desfecho.

4.7 Metodologia de análise de dados

Os dados coletados foram inseridos em uma tabela, utilizando o software Microsoft Excel 365, a fim de observar os padrões apresentados pela UTI. Após a tabulação, estes foram analisados considerando frequência e porcentagem.

A associação entre as variáveis categorias foi verificada pelo teste qui-quadrado (Software IBM-SPSS Statistics 22.0), que foi aplicado para determinar se havia uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

4.8. Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa segue a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado de acordo com o ofício 6.939.539 (apêndice B).

5. RESULTADOS

A análise de 158 prontuários resultou na inclusão de 153 fichas médicas que atenderam aos critérios da pesquisa. Dentre esses pacientes, a maioria era do sexo masculino (54,9%). Em relação à faixa etária, destacou-se o grupo entre 61 e 80 anos, representando 45,7% dos casos. O principal diagnóstico durante a internação foi sepse, com uma incidência de 23,5%. Além disso, a maioria dos pacientes (77,1%) havia sido atendida no pronto-socorro antes da internação. O desfecho mais frequente foi o óbito, que ocorreu em 72,5% dos casos.

Em contrapartida, a faixa etária menos prevalente observada foi a de 20 a 40 anos, representando 7,9% dos casos. O diagnóstico com menor incidência durante a internação foi a doença renal, com apenas 4,6%. A procedência menos comum foi a hemodinâmica, que correspondeu a 2,0% dos pacientes. Além disso, o desfecho menos frequente foi a recusa ao tratamento, registrando 5,2% dos casos, o que indica que esses pacientes optaram por não dar continuidade à internação na UTI.

No que diz respeito ao uso de medicações durante a internação, 24,8% dos pacientes não receberam antibióticos, enquanto a maioria, 75,2%, fez uso desse tipo de medicação. Dentre os que utilizaram, a classe mais prevalente foi a dos beta-lactâmicos, empregada por 70,5% dos pacientes, com ou sem associações. As combinações mais comuns incluíram aminoglicosídeos, seguidos pelos macrolídeos.

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internados na UTI de um hospital de médio porte no município de Anápolis, GO.

| Variáveis | n | % |
|------------------------------|----------|----------|
| Faixa etária | | |
| 20 - 40 | 12 | 7,9 |
| 41 - 60 | 35 | 22,9 |
| 61 -80 | 70 | 45,7 |
| 80 + | 36 | 23,5 |
| Sexo | | |
| Feminino | 69 | 45,1 |
| Masculino | 84 | 54,9 |
| Diagnóstico | | |
| Choque | 23 | 15 |
| Sepse | 36 | 23,5 |
| Infarto agudo do miocárdio | 16 | 10,5 |
| Dengue | 13 | 8,5 |
| Doença renal | 07 | 4,6 |
| Infecção respiratória | 13 | 8,5 |
| Acidente vascular encefálico | 10 | 6,5 |
| Revascularização | 08 | 5,2 |
| Outros | 25 | 16,3 |
| Procedência | | |
| Pronto-socorro | 118 | 77,1 |
| Centro cirúrgico | 23 | 15,0 |

| Variáveis | n | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Hemodinâmica | 03 | 2,0 |
| Enfermaria | 05 | 3,3 |
| Transferência | 04 | 2,6 |
| Uso de antibiótico | | |
| Sim | 115 | 75,2 |
| Não | 38 | 24,8 |
| Desfecho | | |
| Alta | 21 | 13,7 |
| Óbito | 111 | 72,5 |
| Transferência | 13 | 8,5 |
| Recusa ao tratamento | 08 | 5,2 |

Fonte: Elaborado pelos autores.

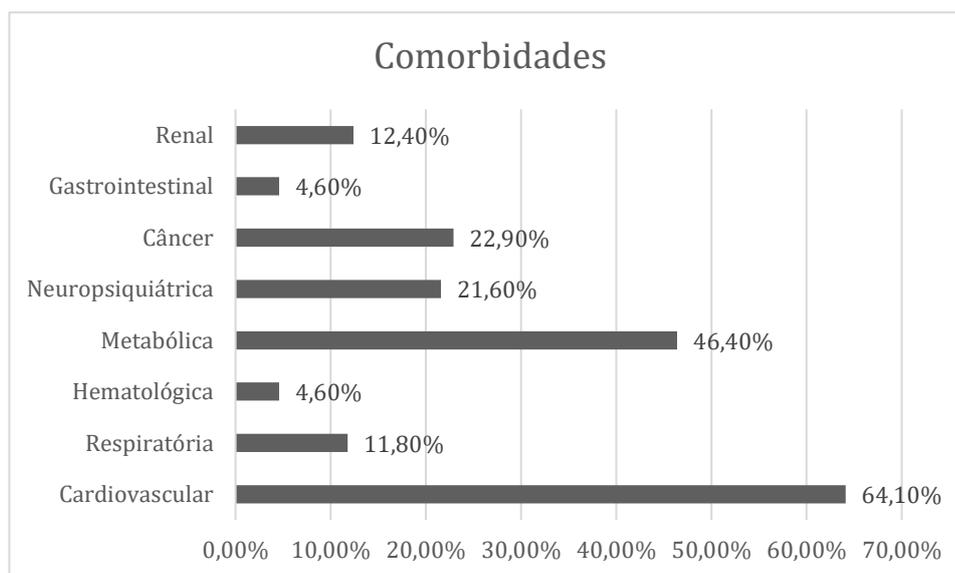
A análise dos dados revelou que a principal causa de internação na unidade de terapia intensiva foi a sepse, responsável por 23,5% dos casos. Em sequência, as demais causas foram choque (15%), infarto agudo do miocárdio (10,5%), dengue e infecções respiratórias, como a pneumonia, ambos com 8,5%, acidente vascular encefálico (6,5%), procedimentos de revascularização (5,2%) e doença renal (4,6%). Além dessas, foram identificadas outras causas que somaram 16,3%, incluindo insuficiência respiratória, derrame pleural, cetoacidose, desidratação, pancreatite, entre outras condições clínicas.

Quanto a procedência dos pacientes, observou-se que a maioria advinha do pronto socorro os demais se dividiram em pacientes pós cirúrgicos (15%), enfermaria (3,3%), 2,6% foram transferidos de outros centros especializados e apenas 2% vindos da hemodinâmica (tabela 1). Em relação a procedência dos pacientes com seu desfecho clínico, não se encontrou correlação estatística direta, podendo ser considerado uma outra limitação do presente estudo ($p=0,141$).

Nos pacientes internados, observou-se que as comorbidades relacionadas ao sistema cardiovascular foram as mais frequentes, totalizando 98 casos. Em seguida, destacaram-se as comorbidades endócrino-metabólicas, presentes em 71 pacientes, e 35 pacientes com neoplasia.

Já as condições associadas ao sistema gastrointestinal e as de natureza hematológica mostraram-se menos prevalentes, com apenas 7 casos em cada grupo (Figura 1).

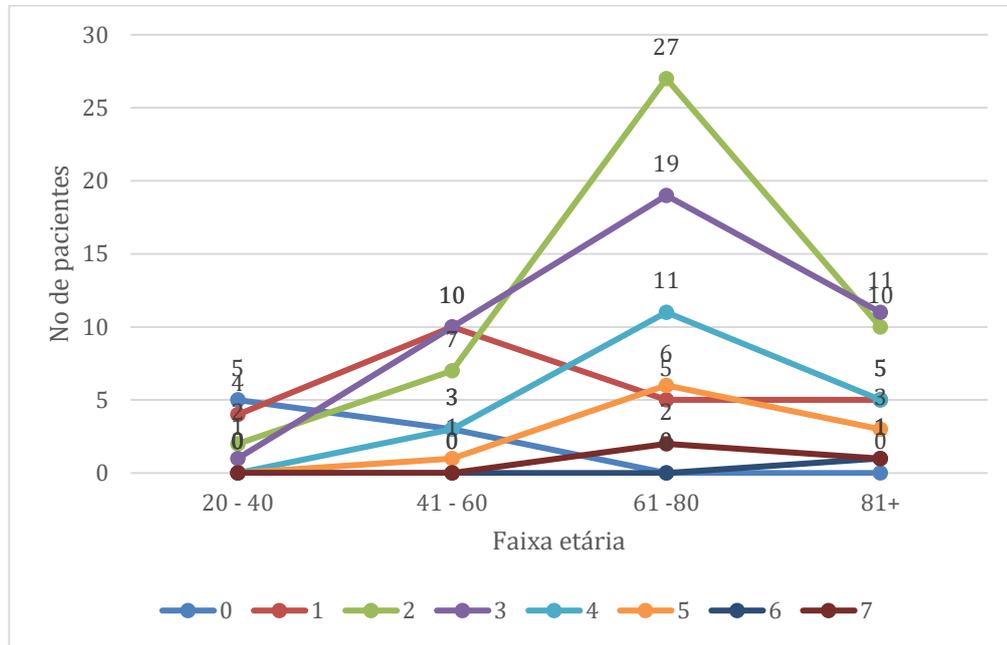
Figura 1 – Comorbidades mais prevalentes dos pacientes internados na UTI de um hospital de médio porte no município de Anápolis, GO.



Fonte: elaborada pelos autores.

A correlação entre a quantidade de comorbidades e a idade dos pacientes revelou que, na faixa etária de 20 a 40 anos, 41,66% (5 pacientes) não apresentava comorbidades. Na faixa entre 41 e 60 anos, observou-se uma prevalência de apenas 1 comorbidade em 10 pacientes e 3 comorbidades em 10 pacientes. Além disso, na faixa etária de 61 a 80 anos, a presença de 2 comorbidades foi predominante, com um total de 27 pacientes. Por fim, entre os indivíduos com mais de 81 anos, foi registrada a maior quantidade de comorbidades, com 11 casos de 3 comorbidades (Figura 2).

Figura 2 – Correlação da quantidade de comorbidades com a idade dos pacientes internados na UTI de um hospital de médio porte no município de Anápolis, GO.

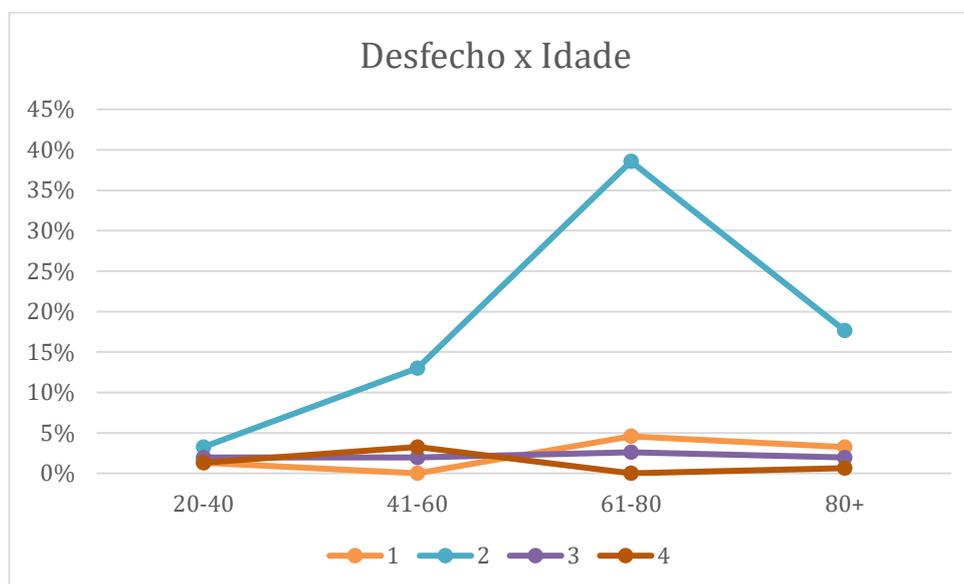


Legenda: quantidade de comorbidades e quantidade de pacientes. Teste chi-quadrado com valor de $p = 0,019$

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao examinar a correlação dos desfechos com a idade, pode-se observar um predomínio do óbito em todas elas. Entretanto, nos pacientes de 20 a 40 anos, notou-se valores próximos entre o óbito (5) e a transferência (3). Na faixa de 41 a 60 anos, é possível destacar que 5 pacientes recusaram a ter o atendimento fornecido pela UTI. Na faixa etária de 61 a 80 anos observou-se um crescente número de óbitos, totalizando 59 ocorrências. Além disso, em pacientes com mais de 81 anos, ainda é possível perceber 27 casos de óbitos, o que dá o destaque para esse desfecho em detrimento aos demais. Dessa forma, pode-se concluir que houve correlação entre o desfecho do paciente e sua idade ($p = 0,003$ (Figura 3)).

Figura 3- Correlação entre desfecho e a idade dos pacientes internados na UTI de um hospital de médio porte no município de Anápolis, GO.



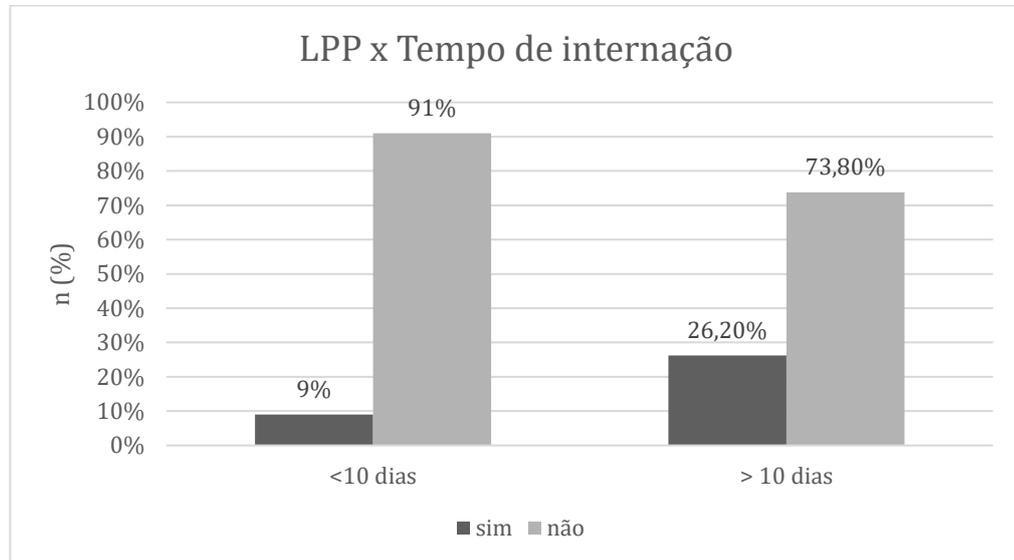
Legenda: 1: pacientes que receberam alta; 2: pacientes que foram a óbito; 3: pacientes que foram transferidos para outra unidade de atendimento; 4: pacientes que se recusaram a obter o tratamento fornecido pelo hospital.

Fonte: elaborado pelos autores.

Ao realizar a análise da relação das lesões por pressão (LPP) com as comorbidades apresentadas pelos pacientes, pode-se perceber a prevalência da Diabetes Mellitus (DM) em 9 pacientes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 10 pacientes, e de neoplasias em 4 pacientes. Entretanto, esses fatores não demonstraram associação estatisticamente significativa com o desenvolvimento de LPP, uma vez que os valores de p foram superiores a 0,05.

A análise demonstrou que existe uma associação ($p = 0,009$) entre o tempo de internação e a ocorrência de lesões por pressão (LPP). Observou-se que 111 pacientes ficaram menos de 10 dias internados, dentre eles 10 pacientes (9%) apresentaram LPP. Ademais, 42 obtiveram o tempo de internação maior que 10 dias e destes, 11 (26,6%) desenvolveram LPP. Logo, é possível inferir que quanto maior o tempo de permanência na UTI maior a chance de LPP (Figura 4).

Figura 4- Correlação entre LPP e tempo de internação dos pacientes na UTI de um hospital de médio porte o município de Anápolis, GO.



Legenda: a amostra está dividida em pacientes internados com menos de 10 dias e pacientes internados com mais de 10 dias. A porcentagem é proporcional ao grupo quanto ao tempo de internação. Foi utilizado o teste estatístico de Teste chi-quadrado, com $p < 0,05$ apresentando relevância. Fonte: Elaborado pelos autores.

6. DISCUSSÃO

Esse estudo demonstrou aspectos relevantes sobre o perfil da população de pacientes internados na UTI, caracterizando o sexo masculino como prevalente, faixa etária mais

acometida 61-80 anos, com comorbidades pré-existentes relacionadas ao sistema cardiovascular, e prevalência de no mínimo 2 comorbidades pré-existentes. Ademais, a principal causa de internação foi sepse, e os pacientes, em sua maioria deram entrada pelo pronto-socorro. O desfecho mais observado foi óbito em todas as faixas etária. Observou-se que a maioria dos pacientes fizeram uso de antibióticos, sendo a classe de beta lactâmicos a mais prescrita. Foi possível que quanto maior o tempo de internação maior é o risco de desenvolvimento de lesão por pressão (LPP).

O achado do sexo masculino como o mais prevalente na internação, corrobora com os resultados de uma pesquisa que avaliou 520 admissões de uma unidade de terapia intensiva, das quais 56,9% eram pacientes masculinos na faixa etária acima dos 60 anos (31,3%) (MALAGUTTI; HERREIRO; FERREIRA, 2023). As características demográficas em relação ao sexo demonstram que os pacientes masculinos possuem maior acometimento em nível mais grave de doenças que necessitam de tratamento intensivo, já que negligenciam a prevenção e agravamento de suas complicações, como também a promoção de saúde em níveis primários (COGGAN *et al.*, 2025).

Identificou-se como as causas mais prevalentes de internação na UTI, a sepse, seguido de choque. Entende-se sepse como uma disfunção orgânica com risco à vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção (SILVA; MELO, 2023). Quando a infecção não é reconhecida precocemente e tratada imediatamente, pode provocar um quadro de choque séptico, falência múltipla de órgãos e morte, estando entre as principais causas de morbimortalidade de pacientes em ambiente hospitalar (COSTA *et al.*, 2020). Assim, este estudo demonstrou que a maioria dos pacientes internados na UTI apresentaram um grau de septicemia não especificada, uma vez que ou adentraram no hospital com a infecção ou tiveram o agravamento dos seus quadros, desenvolvendo o quadro generalizado.

Nesse sentido, o controle do foco infeccioso é de extrema importância para que tenham sucesso na eliminação do agressor, sendo a antibioticoterapia adequada essencial no manejo desta patologia. A administração de antimicrobianos é um dos pilares do tratamento da sepse, sendo recomendada o mais previamente possível no intervalo da primeira hora pós diagnóstico (SILVA; MELO, 2023). No entanto, o que se vê na unidade de terapia em questão são pacientes

que chegam em estágios avançados de infecção, e por vezes vão a óbito sem obterem a cultura finalizada e antibióticos ajustados.

Já em relação ao choque, a segunda patologia mais prevalente como causa de internação na UTI, é definido como um estado de má perfusão tecidual e oxigenação inadequada, que pode resultar em falência de órgãos e óbito, sendo necessário cuidados intensivos para sua reversão (NUNES *et al.*, 2023). Existem quatro tipos de choques reconhecidos, sendo eles: distributivo, cardiogênico, hipovolêmico e obstrutivo, a depender da sua etiologia (ATLS, 2018).

Quanto a procedência dos pacientes para a internação na unidade de terapia intensiva, observou-se que a maioria advinha do pronto socorro. Observa-se que a maioria advém da emergência/pronto socorro hospitalar, justamente por esta ser a porta de entrada do hospital em questão, e abranger diferentes pacientes com diferentes níveis de complexidade e gravidade, que muitas vezes evoluem para instabilidade, portanto necessitando de cuidados intensivos (RODRIGUEZ *et al.*, 2015).

Em relação as comorbidades pré-existentes nos pacientes admitidos, dividiu-se as patologias em 8 grandes sistemas. Agrupou-se em: cardiovasculares, respiratórias, hematológicas, endócrino-metabólicas, neuropsiquiátricas, câncer, renal, gastrointestinal.

Nos pacientes internados, observou-se que as comorbidades relacionadas ao sistema cardiovascular foram as mais frequentes, em especial a hipertensão. Em seguida, destacaram-se as comorbidades endócrino-metabólicas, com diabetes mellitus sendo a mais prevalente. As neoplasias se mostraram recorrentes na amostra, sendo estes pacientes em sua maioria em cuidados paliativos. Ademais, PAULETTI; WOLFART (2019) relatam, em consonância com este trabalho, a prevalência de DM e HAS nos pacientes internados na UTI, ressaltando que a presença de comorbidades mostrou-se associada à maior incidência de complicações e elevada mortalidade de pacientes. Nesse sentido, o presente estudo analisou o agravamento da condição dos pacientes no decorrer da internação devido a quantidade de comorbidades e ao aumento da idade dos pacientes.

Assim, é possível realizar a associação direta entre a progressão da idade da amostra com maior prevalência de comorbidades associadas, principalmente na faixa etária dos 61 aos 80 anos. Nesse aspecto, fica claro que o processo de imunossenescência ligado às alterações do sistema imunitário relacionado com a idade, contribui para a maior incidência de doenças

infeciosas e crônico-degenerativas, favorecendo a vulnerabilidade do idoso (LEAL *et al.*, 2023).

Em consonância com o evidenciado na amostra, LIMA *et al.* (2023) demonstrou que as doenças crônicas dos idosos se configuram como as principais comorbidades que levam à gravidade do quadro do paciente em âmbito hospitalar, seja pelo aumento do tempo de estadia na internação, seja pela redução da funcionalidade e maior dependência dos idosos fragilizados. Logo, conclui-se que o envelhecimento está diretamente ligado à maior disposição de comorbidades e incapacidade nos idosos, principalmente em ambiente nosocomial.

Em adição, analisou-se uma alta frequência de óbitos em todas as faixas etárias, em destaque para pacientes idosos, fato este que pode ser atribuído ao maior número de comorbidades presentes nessa faixa etária. Além disso, os pacientes com mais de 81 anos possuem crescente tendência de mortalidade. Logo, os dados destacaram que com o avanço da idade, a vulnerabilidade dos pacientes aumenta, sugerindo que, apesar das intervenções, as chances de sobrevida em condições críticas diminuem substancialmente com a idade (GUIA *et al.*, 2015).

Outrossim, o presente trabalho revelou que o tempo de internação prolongado se configura como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão (LPP). Um estudo demonstrou que o tempo de internação superior a 10 dias está intimamente relacionado à ocorrência de LPP (GOMES *et al.*, 2023). Desse modo, devido às abordagens para o tratamento das disfunções orgânicas e instabilidade hemodinâmica em que os pacientes se encontram na UTI, há uma redução da mobilidade em leito e maior predisposição à pressão nas saliências ósseas, resultando nas lesões.

Além disso, é evidente, no estudo em questão, a figura dos idosos como grupo majoritário na propensão às lesões por pressão devido a mudanças fisiológicas que envolvem a diminuição de massa muscular, mudanças na textura da pele, redução de elasticidade e redução da reposição celular, o que os torna mais vulneráveis aos fatores externos de fricção, umidade e pressão (DE SOUZA *et al.*, 2017).

De acordo com Sousa (2021) foi evidenciado que as modificações relacionadas à HAS incluem alteração da circulação sanguínea, com evolução para hipóxia e redução da oxigenação e nutrição tecidual. Além disso, Gois *et al.* (2021), demonstrou que a DM aumenta o estresse

oxidativo, desgaste celular, prejudica a proliferação celular e angiogênese, com consequente alteração no processo cicatricial, favorecendo a ocorrência de lesão no paciente. No entanto, o presente estudo não analisou a relação de LPP com as comorbidades dos pacientes da amostra, devido à falta de padronização no preenchimento dos dados dos prontuários, o que pode ter influenciado na análise destes.

Quanto à antibioticoterapia o uso correto em situações críticas é fundamental para o tratamento de infecções (FERREIRA; FARIAS; NEVES, 2021). Os resultados do estudo em questão, mostraram que a maioria utilizou antibióticos durante a internação, com o uso predominante de beta-lactâmicos, o que ilustra uma abordagem terapêutica comum de acordo com NEVES *et al.* (2015). Porém a eficácia e sucesso do tratamento depende da identificação correta do patógeno e de sua sensibilidade, podendo essa escolha influenciar no desfecho clínico.

Dentre as limitações do estudo a serem consideradas são: a não padronização dos prontuários em que as informações foram coletadas devido a individualidade de escrita de cada médico; a dificuldade de contatar o hospital onde foi realizado o estudo para autorização de pesquisa. Além disso, o estudo do tipo transversal possui a limitação de ocorrer em um determinado espaço de tempo, não permitindo estabelecer relações de causa e efeito, além de poder sofrer viés de seleção e de informação. Vale ressaltar que o prognóstico e desfecho dos pacientes foram influenciados, principalmente, por sua faixa etária e, conseqüentemente, pela quantidade de comorbidades que apresentavam no momento da internação.

Destaca-se a relevância deste trabalho ao descrever o perfil dos pacientes internados em UTI, contribuindo para a compreensão e o aprimoramento das práticas hospitalares. A caracterização clínica realizada confere aplicabilidade prática aos resultados, auxiliando no planejamento de estratégias de cuidado intensivo. Ademais, trata-se de um estudo baseado em dados originais de um hospital específico, o que pode subsidiar a formulação de políticas de saúde locais. Por fim, o presente trabalho constitui uma base importante para futuras pesquisas que busquem aprofundar o conhecimento sobre o perfil clínico em ambientes críticos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou um perfil característico dos pacientes internados na UTI do hospital estudado, com predomínio do sexo masculino (54,9%), idade avançada (61-80 anos) e alta prevalência de comorbidades. A sepse se destacou como a principal causa de internação (23,5%), evidenciando a importância de estratégias para prevenção e tratamento precoce dessas infecções. A relação entre idade e o aumento do número de comorbidades ($p=0,019$), idade e um desfecho desfavorável ($p=0,003$), tempo de internação com o desenvolvimento de complicações, como lesões por pressão ($p=0,009$), reforça a necessidade de cuidados individualizados e de um acompanhamento multiprofissional nas unidades de terapia intensiva.

A maioria dos pacientes teve como origem o pronto-socorro e o centro cirúrgico, o que indica um perfil de atendimento emergencial e de alta complexidade. Além disso, 75,2% dos indivíduos fizeram uso de antibióticos, reforçando a gravidade das infecções associadas ao grupo estudado. O desfecho mais comum foi o óbito, representando 72% dos casos, evidenciando a criticidade das condições apresentadas.

O conhecimento detalhado desse perfil clínico é essencial para a gestão hospitalar, pois permite um planejamento mais eficiente de recursos, infraestrutura e protocolos de atendimento. A alta prevalência de sepse e doenças cardiovasculares, associada à elevada taxa de mortalidade, exige medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes, como protocolos otimizados para identificação precoce de infecções e suporte intensivo a pacientes críticos. Além disso, a alta demanda por antibióticos reforça a necessidade de monitoramento rigoroso do uso desses medicamentos para evitar resistência antimicrobiana.

Nesse sentido, o presente estudo demonstra sua importância para a comunidade científica e, principalmente, para a equipe do hospital em questão, já que por meio da análise dos dados pode-se traçar um perfil clínico-epidemiológico da maioria dos pacientes, criando embasamento científico para implementar novas condutas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT® STUDENT COURSE MANUAL- ATLS. **American College of Surgeons**. 10. ed. Chicago: Committee on Trauma, 2018.

AGUIAR, L. M. M., *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 4, p. 624-634, 2021.

ANTUNES, N. J. *et al.* Farmacoterapia e resistência antimicrobiana em pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva. **Research, Society and Development**, v.12, n.12, e71121243991, 2023.

ANVISA. Avaliação nacional dos programas de prevenção e controle de infecções dos serviços de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/avaliacoes-nacionais/avaliacao-dos-programas-de-prevencao-e-controle-de-infeccao-dos-hospitais>

Associação de Medicina Intensiva Brasileira- AMIB. **Resolução CFM Nº 2.271/2020**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://amib.org.br/documentos/resolucao-cfm-no-2-271-2020>

BARBOSA, A. N. M. **Análise comparativa da distribuição de leitos de UTI-SUS nos estados brasileiros**. Tese (trabalho de conclusão de curso) – Faculdade de Estudos Sociais do Departamento de Economia e Análise da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus, AM 2024.

BARBOSA, I. E. B., *et al.* Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Revista eletrônica Acervo Saúde**, vol 13, n.2, p.1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/9.25248/REAS.e6454.2021>.

BEZERRA, C. H. S., *et al.* Equipe multiprofissional da UTI e a compreensão das práticas institucionais de acolhimento e cuidado. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, v. 10, n. 2, p. 199–217, Recife, set. 2024. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/download/1158/734/7000> . Acesso em: 27 abr. 2025.

BORGES, L., *et al.* Prevenção e controle de infecções associadas ao cuidado em UTI. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.6, n. 7, p. 432–440, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p432-440. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1695>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CAMPOI, A. L. M., *et al.* Educação permanente para boas práticas na prevenção de lesão por pressão: quase-experimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 6, p.1725-31, 2019.

CASTRO, M. L. M., *et al.* Perfil de pacientes de uma unidade de terapia intensiva de adultos de um município paraibano. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 40, 2021.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC. **Healthcare-Associated Infections (HAIs)**. Nov 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/php/data/progress-report.html>

COGGAN, H. *et al.* **Demographic Factors Associated with Triage Acuity, Admission and Length of Stay During Adult Emergency Department Visits**. v. 1, p. 2503-22781, 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM. Diário Oficial da União: seção 1, **Resolução CFM nº 2.271, de 23 de setembro de 2020**. Estabelece critérios para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva no Brasil. Brasília, DF, 23 set. 2020. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf. Acesso em: 27 abr. 2025.

COSTA, M., *et al.* Principais Micro-organismos Responsáveis Por Infecções Relacionadas À Assistência Em Saúde (IRAS) Em UTIs: Uma Revisão Integrativa. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica de Ceres**, v.8 n.1, 2019.

COSTA, M. B. V., *et al.* Características epidemiológicas de pacientes com sepse em unidade de terapia intensiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 9, n. 4, p. 310-315, 2019.

COSTA, P. K. *et al.* Adesão às medidas de biossegurança da enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Nursing**. v. 23, n. 268, p. 4636-4640, 2020

DE OLIVEIRA, R. D; BUSTAMANTE, P. F.O; BENSEN, B. A. M. P., *et al.* Infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: precisamos de mais do que colaboração. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, n.34, v.3, p. 313-315, 2022.

DE PAULA, E. J. C., *et al.* Eventos adversos: análise da equipe multiprofissional na segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6563-e6563, 2021.

DE SOUZA, N. R., *et al.* Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Revista Estima**, v. 15, n. 4, 2017.

FERRAZ, S. V. C., *et al.* Manual da CCIH: orientações para prevenção, controle e tratamento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no âmbito hospitalar. **Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP**. 2024. Disponível em: <http://higia.imip.org.br/handle/123456789/905>. Acesso em: 11 set de 2023.

FERREIRA, H. K. S; FARIAS, L. B. N.; NEVES, J. K. O. A importância do farmacêutico clínico no uso racional de antibióticos em unidades de terapia intensiva. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 10, n. 2, p. 33-49, 2021.

FONSECA, C. F., *et al.* Equipamentos médicos assistenciais na terapia intensiva: percepção do familiar. **Revista Recien**, v. 10, n. 32, p. 62–70, São Paulo, 2020. DOI: 10.24276/rrecien2020.10.32.62-70.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ. **Comunicação e inovação**. Proqualis ganha página sobre efeitos adversos. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2012/07/proqualis-ganha-pagina-sobre-eventos-adversos>. Acesso em: 11 de set de 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ. **Direito do paciente: comunicação de eventos adversos em saúde**. Brasília, outubro de 2022. Link: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/direito-do-paciente-e-a-comunicacao-de-eventos-adversos-em-saude/>. Acesso em 11 de set de 2023.

GOIS, T. S.; *et al.* Fisiopatologia da cicatrização em pacientes portadores de diabetes mellitus. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p.14438-14452, jul. 2021.

GOMES A. A. G., *et al.* Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e 4665, 26 nov. 2020.

GOMES, V., *et al.* Medicina intensiva- UTI: vivência, procedimentos e tecnologias. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 6, n. 2, p. 7969-7981, março/abril, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n2-281

GUIA, C. M., *et al.* Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 26, n. 01/02, 2015.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Infecção Hospitalar: conheça a importância da prevenção e do controle**. 2020. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/infeccao-hospitalar/#:~:text=A%20infec%C3%A7%C3%A3o%20hospitalar%2C%20hoje%20chamada,etiologia%20B3gic%C3%A1vel%20pela%20infec%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 16 abril de 2024.

LEAL, A. S., *et al.* Os diversos aspectos da imunossenescência: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.3, p.15584, mar. 2023.

LIMA, E. J. A., *et al.* Relação entre doenças crônicas não transmissíveis e o tempo de internação de idosos em uma unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v.5, n.4, set. 2023.

MALAGUTTI, E. M. F; HERREIRO, K. S.; FERREIRA, L.S. P. Caracterização do perfil de pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva de um hospital do noroeste do Paraná. **Arquivos de Mudi**, v.27, 2023.

MENDES, A V.A., *et al.* Lesão por pressão em adultos: a contribuição da enfermagem no processo de cicatrização da ferida em pacientes hospitalizados. **Revista da Faculdade Supremo Redentor**, v.4, n.2, 2024.

NASSIFF, A., *et al.* Demanda por leitos de Terapia Intensiva e classificação do paciente segundo critério de prioridades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, e3489, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4945.3489>. Acesso em: 24 março 2025.

NEVES, C., *et al.* Perfil de uso de antimicrobianos e suas interações medicamentosas em uma UTI adulto do Rio Grande do Sul. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 2, p. 65-71, 2015.

NISHIOKA, A., *et al.* Eventos Adversos na Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 12 – Ano: 2021.

NUNES, O. M., *et al.* ATLS 10ª Edição: Principais atualizações no manejo do trauma. **Teoria e Prática trauma e emergência**. 9 ed. Minas Gerais: Editora Pasteur p. 128-141, 2023. DOI: 10.59290/978-65-81549-96-1.18. Disponível em: https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/publications_chapter/ATLS%2010%C2%AA%20EDI%C3%87%C3%83O:%20PRINCIPAIS%20ATUALIZA%C3%87%C3%95ES%20NO%20MANEJO%20DO%20TRAUMA-a56dcca9-0132-44be-bba8-39071b647c80.pdf

OLIVEIRA, C., *et al.* O uso indiscriminado de antibióticos em UTI. **Research Society and Development**, v. 11, n. 15, e500111537479, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37479>.

OLIVEIRA, M. T. B., *et al.* Análise das práticas de biossegurança dos profissionais atuantes em unidade de terapia intensiva: estudo transversal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 40, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14613>. Acesso em: [24 março 2025].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de saúde. **Oms pede melhor higienização das mãos e outras práticas de controle de infecções**. Brasil, 05 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2021-oms-pede-melhor-higienizacao-das-maos-e-outras-praticas-controle-infecoes>. Acesso em 03 de janeiro de 2024.

PACHÁ, H., *et al.* Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V.71, n. 6, p. 3027-34, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950>

PAULETTI M., *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. **Aletheia**, v. 50, n.1-2, p. 38-46, 2017

PAULETTI, M.; WOLFART, J.M. Comorbidades dos pacientes internados no centro de terapia intensiva. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, v. 4, p. 21176-21176, 2019.

PEIXOTO, V. G.; *et al.* A importância da abordagem multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): melhorando os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 17493-17503, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-269.

REIS, F, *et al.* Perfil dos pacientes submetidos à fisioterapia em uma Unidade de Terapia Intensiva do Extremo Sul da Bahia, Brasil. **ASSOBRAFIR Ciênc.** n.12, e. 41995, 2021. <https://doi.org/10.47066/2177-9333.AC.2020.0027>

RIBEIRO, W. A. *et al.* Fatores de riscos para lesão por pressão x Estratégias de prevenção: Interfaces do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar. **Revista Pró-univerSUS**, v. 13, n. 1, p. 74-79, 2022.

ROCHA, A., *et al.* Incidência de infecção do trato urinário em unidade de terapia intensiva: implementação de um checklist assistencial. **Enfermagem em Foco**, p.14, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202310>

RODRIGUEZ, A. H., *et al.* Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2016. Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS). Sepse: um problema de saúde pública. Brasília: Conselho Federal de Medicina, p. 90, 2015.

SANTANA, *et al.* Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica do interior do estado de São Paulo. **Revista Acervo Saúde**. Vol. 23, p. 8, 2023

SANTOS, M. R. S. *et al.* Redução do tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva associado à assistência de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e49010716781-e49010716781, 2021.

SANTOS, S. J., *et al.* Ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, ago, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210015>

SENA, N. S, *et al.* Infecções hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva: Uma revisão integrativa. **Research Society and Development**, v.11, n.10, e353111032591, 2022.

SILVA, A. G. S; MELO, C.C. **Urgências e emergências médicas**. Capítulo 54: Sepses. Editora Savier, 2023. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/jspui/bitstream/123456789/13144/1/Sepse.pdf>. Acesso em: 11 de set de 2023

SILVA, G.M.D.C., *et al.* Os principais ATB's de amplo espectro para a Golden Hour na sepsis. **Brazilian Journal of Health Review- BJHR**. v. 6, n. 4, p.18501-18516, jul/, 2023

SILVA, H. *et al.* Estudo epidemiológico na unidade de terapia intensiva do hospital escola Luiz Gioseffi Jannuzzi – Valença - RJ. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. v. 24, n. 2, pp. 26-32, 2018.

SILVA, G.M.D.C., *et al.* Os principais ATB's de amplo espectro para a Golden Hour na sepsis. **Brazilian Journal of Health Review- BJHR**. v. 6, n. 4, p.18501-18516, jul/, 2023

SMITH, J. Foundations of Critical Care: Historical Perspectives. **Journal of Intensive Care History**, v. 7, n. 2, p. 45-52, 2021.

SMITH, J. A.; JOHNSON, L. B.; WILLIAMS, M. C. Personalized approaches in intensive care: the role of patient-specific factors. **Journal of Intensive Care**, v. 9, n. 1, p. 15–22, 2021. DOI: 10.1186/s40560-021-00500-3.

SOUSA, L. A. M. **Avaliação do impacto Clínico da lesão por pressão em idosos institucionalizados no município de Botucatu**. 2021. 132f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/b7a7f8ee-3795-487c-91ce-70fb2ffe2a67/content>

SOUZA, E. N; VIEGAS, K.; CAREGNATO, R. C. A. Manual de cuidados de enfermagem em procedimentos de intensivismo. **Porto Alegre. Editora da UFCSPA, recurso on-line**, 2020.

SOUZA, L. G. D, *et al.* Intubação Orotraqueal e suas complicações: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 4, n. 4, 2021.

VAUCHER, M. B., *et al.* Programa de Segurança do Paciente Focado nas Estratégias do Stewardship de Antimicrobianos para Staphylococcus Spp. **Revista da AMRIGS**, n.66, v. 4, p. 932-936, 2022.

ANEXOS:

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do perfil de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital particular de médio porte no município de Anápolis- GO

Pesquisador: Humberto de Sousa Fontoura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79947024.9.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCATIVA EVANGELICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.939.539

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2321394.pdf e do projetopacientes utiword.docx

RESUMO

A unidade de terapia intensiva recebe pacientes graves com instabilidade vital que necessitam de monitorização constante. Eles recebem diferentes classificações para que o manejo do paciente e a conduta da equipe multidisciplinar seja otimizado. Logo, os diferentes fatores que caracterizam o funcionamento de uma UTI interferem na evolução do paciente. Portanto, obter o conhecimento do perfil dos pacientes internados é relevante, objetivando a melhoria do atendimento. Dessa forma, o estudo tem por objetivo identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos à internação na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital particular de médio porte. Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, de caráter quantitativo, transversal, do tipo descritivo, com amostragem por conveniência, com a coleta de dados diretamente nos prontuários fornecidos pela unidade de terapia intensiva do hospital em que será realizado a pesquisa, em que o grupo estudado compõe todos os pacientes da UTI. Os aspectos éticos que envolvem o caráter confidencial são respeitados, além de a pesquisa ser iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil. Assim, espera-se que com a pesquisa de dados obtidos pelos prontuários dos pacientes da UTI

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA
DE GOIÁS - UNIEVANGÉLICA



Continuação do Parecer: 6.939.539

| | | | | |
|--|------------------|------------------------|-----------------|---------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | trabalhocmpl.pdf | 13/05/2024 21:46:05 | Rita romio saba | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | trabalhocmpl.pdf | 13/05/2024 21:46:05 | Rita romio saba | Postado |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | manuseio.pdf | 13/05/2024 21:22:24 | Rita romio saba | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | instco.pdf | 13/05/2024 21:21:03 | Rita romio saba | Aceito |
| Folha de Rosto | folharosto.pdf | 13/05/2024 21:17:13 | Rita romio saba | Aceito |
| Folha de Rosto | folharosto.pdf | 13/05/2024 21:17:13 | Rita romio saba | Postado |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 09 de Julho de 2024

Assinado por:

Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-515

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-6736

Fax: (62)3310-6636

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

APÊNDICES**A- Instrumento de coleta de dados**

| |
|-------------------------------------|
| Código do paciente (P1, P2, P3...): |
| Idade: |
| Sexo: |
| Procedência: |
| Comorbidades pré-existente: |
| Diagnóstico: |
| Tempo de internação: |
| Uso de antibiótico: |
| Infecções secundárias: |
| Lesão por pressão: |
| Desfecho: |