

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DANIELLA VALENÇA DAHER DE ALMEIDA**

**PERFIL DO PACIENTE IDOSO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
NEUROLÓGICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA, 2017**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DANIELLA VALENÇA DAHER DE ALMEIDA**

**PERFIL DO PACIENTE IDOSO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
NEUROLÓGICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade de Brasília

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA, 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

**A447p Almeida, Daniella Valença Daher de**  
**Perfil do paciente idoso internado em unidade de**  
**terapia intensiva neurológica em um hospital público no**  
**Distrito Federal/ Daniella Valença Daher de Almeida;**  
**orientador Prof Dr Pedro Sadi Monteiro. - - Brasília, 2017.**  
**107 p.**

Dissertação (Mestrado- Mestrado em Enfermagem) --  
Universidade de Brasília – 2017.

1. Envelhecimento. 2. Unidade de terapia intensiva no Brasil.  
3. Unidade de terapia intensiva e o idoso. I. Monteiro, Prof Dr  
Pedro Sadi, orient. II. Título.

DANIELLA VALENÇA DAHER DE ALMEIDA

PERFIL DO PACIENTE IDOSO INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
NEUROLÓGICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 29 de junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro/Presidente/ Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Antônio Raimundo Lima Cruz Teixeira/Membro/Universidade de Brasília

---

Prof. Dra Ivone Kamada/Membro/Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Solange Baraldi/Suplente/Universidade de Brasília

## **NORMALIZAÇÃO ADOTADA**

Esta dissertação obedeceu às normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas quanto à Informação e Documentação, vigentes no momento desta publicação:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. NBR 6028: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

*À Deus, minha família, amigos, colegas de trabalho e orientador pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles nada disso seria possível.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus que todos os dias da minha vida me deu forças para não desistir; por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo. E por acreditarem sempre em mim.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, por seu apoio e amizade, durante este período de aprendizado, além de dedicação e competência, fatores fundamentais para a conclusão deste trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, que de forma direta ou indiretamente contribuíram para o êxito deste trabalho.

Aos colegas da turma de mestrado que juntamente comigo, acreditaram que o sonho é possível, mesmo nos momentos difíceis.

Aos amigos que fizeram parte desses momentos sempre me ajudando e incentivando.

*"Para se ter sucesso, é necessário amar de verdade o que se faz.  
Caso contrário, levando em conta apenas o lado racional,  
você simplesmente desiste.  
É o que acontece com a maioria das pessoas."  
(Steve Jobs)*

## RESUMO

ALMEIDA DVD. **Perfil do paciente idoso internado em unidade de terapia intensiva neurológica em um hospital público no Distrito Federal.** 107 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

**Introdução:** O envelhecimento é um processo natural e fisiológico do ser humano. Isso ocorre de forma contínua e o avanço da tecnologia no setor da saúde tem contribuído com o aumento da expectativa de vida. **Objetivos:** Conhecer o perfil sócio - epidemiológico dos idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e descrever os desfechos clínicos, e processos de judicialização no acesso a vaga de UTI, em um hospital terciário. **Método:** Trata-se de um estudo de base epidemiológica do tipo transversal descritivo. A técnica de seleção dos documentos foi por meio de conveniência; utilizaram-se como fonte de coleta dos dados os livros de admissão/alta e o prontuário eletrônico; amostra foi composta pelo exame de 142 prontuários e os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2014. **Resultados:** Verificou-se que houve um predomínio de idosos masculinos internados na UTI; comorbidades prevalentes foram a HAS e DM e os principais diagnósticos neurológicos foram: tumor cerebral, 47 (33%), traumatismo crânio encefálico, 43 (30%) e acidente vascular encefálico hemorrágico, 35(25%). Em relação ao diagnóstico de TCE observou-se que a maioria foi por queda da própria altura, 18(42%). **Conclusão:** Conclui-se que a maioria dos internados foram homens e a maioria dos diagnósticos foram de tumores cerebrais, seguidos por TCEs; as internações garantidas por mandados judiciais corresponderam, a 26(8,3%).

**Descritores:** idoso, doença do sistema nervoso, unidade de terapia intensiva.

## ABSTRACT

ALMEIDA DVD. **Profile of the elderly patient admitted to a neurological intensive care unit at a public hospital in the Federal District.** 107 pages. Dissertation – (Master Degree) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasilia, 2017.

**Introduction:** Aging is a natural and physiological process of the human being. This is happening continuously and the advancement of technology in the health sector has contributed to the increase in life expectancy. **Objectives:** To know the socio - epidemiological profile of the elderly hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU) and to describe the clinical outcomes, and processes of judicialization in the access to the ICU vacancy, in a tertiary hospital. **Method:** This is a descriptive cross-sectional epidemiological study. The technique of document selection was by means of convenience; The admission / discharge books and the electronic medical record were used as data collection sources; Sample was composed by the examination of 142 medical records and the data were collected from January to December 2014. **Results:** It was verified that there was a predominance of male elderly hospitalized in the ICU; Prevalent comorbidities were hypertension and DM and the main neurological diagnoses were: brain tumor, 47 (33%), traumatic brain injury, 43 (30%) and hemorrhagic encephalic vascular accident, 35 (25%). Regarding the diagnosis of TBI, it was observed that the majority was due to the fall of the height itself, 18 (42%). **Conclusion:** It was concluded that the majority of hospitalizations were men and the majority of the diagnoses were of brain tumors, followed by TBIs; the hospitalizations guaranteed by court orders corresponded to 26 (8.3%).

**Keywords:** elderly, nervous system disease, intensive care unit.

## RESUMEN

ALMEIDA DVD. **Perfil del paciente anciano internado en unidad de terapia intensiva neurológica en un hospital público en el Distrito Federal.** 107 hojas. Tesis (maestro) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia, Brasilia, 2017.

**Introducción:** El envejecimiento es un proceso natural y fisiológico del ser humano. Esto ocurre de forma continua y el avance de la tecnología en el sector de la salud ha contribuido con el aumento de la expectativa de vida. **Objetivos:** Conocer el perfil socio - epidemiológico de los ancianos internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y describir los resultados clínicos, y procesos de judicialización en el acceso a vacante de UTI, en un hospital terciario. **Método:** Se trata de un estudio de base epidemiológica del tipo transversal descriptivo. La técnica de selección de los documentos fue por medio de conveniencia; Se utilizaron como fuente de recolección de los datos los libros de admisión / alta y el prontuario electrónico; La muestra fue compuesta por el examen de 142 prontuarios y los datos fueron recolectados en el período de enero a diciembre de 2014. **Resultados:** Se verificó que hubo un predominio de ancianos masculinos internados en la UTI; Las comorbilidades prevalentes fueron la HAS y el DM y los principales diagnósticos neurológicos fueron: tumor cerebral, 47 (33%), traumatismo craneo encefálico, 43 (30%) y accidente vascular encefálico hemorrágico, 35 (25%). En relación al diagnóstico de TCE se observó que la mayoría fue por caída de la propia altura, 18 (42%). **Conclusión:** Se concluye que la mayoría de los internados fueron hombres y la mayoría de los diagnósticos fueron de tumores cerebrales, seguidos por TCE; Las internaciones garantizadas por mandatos judiciales correspondieron, a 26 (8,3%).

**Descriptores:** anciano, enfermedad del sistema nervioso, unidad de terapia intensiva.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – UNIDADES HOSPITALARES DA SES/DF.....	
QUADRO 2– DEMONSTRATIVO DE LEITOS HOSPITALARES REGULADOS NA SES/DF.....	00

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014 .....	41
TABELA 2- PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA ESTUDADA POR GÊNERO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014 .....	45
TABELA 3-DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS, SEGUNDO A PROCEDÊNCIA, TIPO DA INTERNAÇÃO, COMORBIDADES RELACIONADAS E O ACESSO MÉDICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.....	45
TABELA 4-DIAGNÓSTICOS NEUROLÓGICOS IDENTIFICADOS NA UTI. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.....	47
TABELA 5 - DIAGNÓSTICOS NEUROLÓGICOS DE TCE IDENTIFICADOS NA UTI. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014 .....	48
TABELA 6-INTERCORRÊNCIAS DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTI. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.....	49
TABELA 7-DESFECHE NA UTI RELACIONADO ÀS FAIXAS ETÁRIAS. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014 .....	49
TABELA 8-MANDADO JUDICIAL UTILIZADO PARA INTERNAÇÃO EM UTI EM IDOSOS. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014 .....	50
TABELA 9- P-VALOR DOS TESTES DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEIS DIAGNÓSTICO, MANDATO JUDICIAL COM A COVARIÁVEL IDADE. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014 .....	52
TABELA 10- P-VALOR DOS TESTES DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL DESFECHO COM AS COVARIÁVEIS DIAGNÓSTICO, COMORBIDADES E IDADE. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.....	52

## LISTA DE SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVE-H	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVE-I	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
C. C.	Centro Cirúrgico
CF	Constituição Federal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DF	Distrito Federal
DM	Diabetes Mellitus
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FO	Ferida Operatória
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Infecção da Corrente Sanguínea
PAB	Perfuração por Arma Branca
PAF	Projétil de Arma de Fogo
PAV	Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PIB	Produto Interno Bruto
OS	Pronto Socorro
RDC	Regulamentação da Diretoria Colegiada
SES-DF	Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal
SOBRATI	Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
URD	Unidade de Referência Distrital

UTI                    Unidade de Terapia Intensiva  
WHO                   World Health Organization

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1.Histórico .....	25
2.2. O processo de envelhecimento .....	26
2.3.A história da unidade de terapia intensiva.....	29
2.4. A unidade de terapia intensiva no Brasil.....	30
2.5.O idoso na unidade de terapia intensiva .....	32
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 Objetivo Geral .....	39
3.2 Objetivos Específicos .....	39
4 MÉTODOS.....	39
4.1. Tipo de Estudo.....	39
4.2.Cenário da Pesquisa – Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).....	40
4.3. Operacionalização do Estudo .....	40
4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão .....	41
4.5. Amostra Estudada.....	42
4.6. Coleta de Dados.....	42
4.7.Análise Estatística dos Dados das Variáveis .....	42
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	43
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
6.1.Perfil sócio demográfico.....	44
6.2.Principais diagnósticos neurológicos e intercorrências.....	50
6.3.Desfecho da internação na UTI.....	52
6.4. Mandado judicial associado a idade .....	53
6.5. Associações entre as variáveis e testes estatísticos .....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
Sugestões .....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
APÊNDICE .....	64
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados.....	64
APÊNDICE B – Codificações das variáveis .....	67

ANEXOS .....	71
ANEXO A- Portaria Nº 200, de 06 de agosto de 2015: Preve os critérios de admissão em UTI 71	
ANEXO B- RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 .....	82
ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	107

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e fisiológico do ser humano. Isso ocorre de forma contínua e o avanço da tecnologia no setor da saúde tem contribuído com o aumento da expectativa de vida.

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada (MENDES et al, 2005).

No Brasil, são consideradas idosas as pessoas com mais de 60 anos. Esta também é a idade delimitadora da Organização Mundial da Saúde (GÓIS, VERAS, 2010; OMS, 2015).

Segundo a Constituição Federal de 1988, Seção II, da Saúde, Art. 196, define que:

*“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

No âmbito da saúde, sabe-se que a atual longevidade dos brasileiros, associada à frequência das doenças crônicas, são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos com incapacidade e dependência de terceiros. O Brasil tem vivenciado mudanças no perfil demográfico de sua população e um remodelamento na estrutura etária, por causa da elevação da expectativa de vida e isto é devido ao avanço das tecnologias da área de saúde e de desenvolvimento de políticas públicas voltadas para os idosos.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil será o sexto país do mundo em números de idosos até 2025. A OMS declarou que nas próximas décadas a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050, tornando as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade novos desafios de saúde pública global (WHO, 2015). De acordo com VERAS (2007), de acordo com a pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD), *“o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações acontecem ainda mais aceleradamente”*.

Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (WHO, 2015).

O Brasil está envelhecendo e inúmeras são as mudanças no perfil demográfico dessa população. Os avanços tecnológicos dentro da área da saúde têm feito com que haja um

aumento significativo da expectativa de vida. Tanto no Brasil, como no mundo, isso vem ocorrendo de forma rápida sem que haja um preparo tanto dos órgãos competentes quanto do pessoal da área da saúde, para lidar com essa população.

O índice de internações em unidades de terapia intensiva (UTI), tem crescido de forma muito rápida. Em relação as diárias de UTI, cerca de 60% são consumidas por indivíduos acima de 65 anos de idade. Em pacientes acima de 75 anos, estes custos por diária de UTI chegam a ser maiores, quando comparados com os de pacientes com idade inferior a 65 anos (FEIJÓ, 2006).

Estudos mostram que a idade é um dos fatores a serem considerados, uma vez que, traz questionamentos quanto à aplicação de recursos em UTI e a relação custo-benefício.

Um dilema em relação ao tratamento de pacientes idosos na UTI consiste em decidir como os investimentos terapêuticos devem ser aplicados ou não diante da perspectiva reduzida de sobrevida ou de limitações na qualidade de vida após a alta da UTI, sem transgredir o princípio ético de igualdade no atendimento, assegurado pelo estatuto do idoso, em que a idade não pode ser fator de exclusão.

É sabido que o acesso a serviços de saúde de qualidade para esta população é um desafio para as políticas de saúde tanto na atenção básica quanto no serviço terciário, sendo assim a realização dessa pesquisa visou caracterizar o perfil dos idosos internados nas UTIs, incluindo o fator idade, se esta afeta ou não as admissões desta população no ambiente crítico ou se existem associações entre algumas variáveis de acordo com as especificidades apresentadas pelos idosos.

De acordo com a Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF), o DF é um território autônomo, dividido em 31 regiões administrativas. Por preceito constitucional não se pode organizar em municípios, conforme Artigo 10, da Lei Orgânica do Distrito Federal:

“O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas, com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e à melhoria da qualidade de vida” (DISTRITO FEDERAL, 2008)

Com a finalidade de facilitar a administração, o território do DF foi dividido nessas trinta e uma Regiões Administrativas – (RA's), estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período de 1964 a 2012. Esses elementos são norteadores para a definição das políticas públicas de saúde, onde as ações devem ser pensadas não só para a população brasiliense, mas também para o entorno e estados vizinhos que exercem forte pressão em

diversas áreas setoriais: saúde, educação, segurança e habitação (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

O Distrito Federal (DF) possui uma rede hospitalar heterogênea em termos de complexidade e incorporação tecnológica e desempenha papel de referência de atenção especializada não apenas para a sua região de abrangência, mas, sobretudo para a população de outras regionais de saúde e estados vizinhos – principalmente Goiás, Minas Gerais e Bahia. A discussão sobre os papéis dos hospitais do Distrito Federal se baseia no desenvolvimento de novas atividades de atenção secundária para as regiões periféricas de Brasília, e consequente desconcentração de forma estruturada da atual oferta de serviços terciários, garantindo maior equilíbrio entre as diferentes regiões, bem como, melhor aproveitamento da capacidade instalada nas regiões centrais. (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

No âmbito da saúde do DF, diferente do que ocorre em outros estados, a SES acumula funções que, nos documentos legais que regulamentam o SUS no território nacional, são atribuídas a estados e municípios, abrangendo desde a execução direta de ações e serviços e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde. Ainda, com vistas ao aumento e qualificação da oferta de serviços de saúde propõe-se a utilização de diferentes modalidades de parceria com a iniciativa privada, em especial com instituições privadas sem fins lucrativos, para a complementariedade dos serviços da SES/DF. (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

O sistema de saúde no Distrito Federal caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES-DF. Do ponto de vista da regionalização, são 7 (sete) as Regiões de Saúde, compostas de diversos equipamentos de atenção em saúde.

QUADRO 01 – UNIDADES HOSPITALARES DA SES/DF.

<b>Unidades Hospitalares da rede SES DF (sem as URD)</b>	
<b>Região de Saúde</b>	<b>Unidades Hospitalares</b>
Centro Sul	Hospital Materno Infantil de Brasília
	Hospital Regional do Guará
Centro Norte	Hospital Regional da Asa Norte
Oeste	Hospital Regional de Ceilândia
	Hospital Regional de Brazlândia

Sudoeste	Hospital Regional de Samambaia
	Hospital Regional de Taguatinga
Norte	Hospital Regional de Planaltina
	Hospital Regional de Sobradinho
Leste	Hospital Regional do Paranoá
Sul	Hospital Regional do Gama
	Hospital Regional de Santa Maria
Total	<b>12</b>

Fonte: SUPRAC - DICOAS - GECOAS - NCET janeiro 2015.

As Unidades de Referência Distrital (URD) são unidades de atenção à saúde vinculadas diretamente à SES/DF, destacadas por seus atributos de complexidade, especialização ou finalidade como de referência para todas as Coordenações Gerais de Saúde (CGS).

São URD: **Hospital de Base do Distrito Federal**; Hospital São Vicente de Paula; Hospital da Criança de Brasília e Hospital de Apoio de Brasília (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

Compõe esta rede, unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integrados, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade), o Serviço de Atendimento Pré Hospitalar – SAMU. (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

As ações e serviços necessários para a execução das redes de assistência da SES/DF são extensas e têm várias interfaces com as diferentes áreas de atuação da saúde e com outros órgãos setoriais do governo. Neste sentido, consideramos a Atenção de Média e Alta Complexidade – MAC, como a continuidade da Atenção Básica – AB, e parte indispensável das redes integradas de assistência, realizada por profissionais especializados, em serviços qualificados, com utilização de tecnologia, apoio diagnóstico e terapêutico sendo, em muitas vezes, de alto custo. No contexto da organização vigente na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a atenção especializada é realizada predominantemente nos hospitais da rede própria. Nesse contexto, é necessário para seu fortalecimento o incremento da qualidade dos serviços secundários e terciários prestados à população, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, a ampliação do acesso, pela complementariedade de serviços, o acolhimento eficiente e humanizado para o atendimento integral e resolutivo. (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

A organização hospitalar é muito complexa devido a inúmeros processos assistenciais e administrativos. A Gestão de Leitos prevê o monitoramento diário dos atendimentos (classificação de risco e consultas), das internações, dos óbitos e de outras informações importantes. Gerenciar a taxa e a qualidade da ocupação do leito hospitalar significa buscar a máxima utilização possível, dentro dos critérios técnicos definidos por esta SES/DF, sem que isso represente risco para o paciente ou para a instituição, visando a diminuição da espera para internação, transferências e satisfação do usuário. Dessa forma, como metas para melhor utilização dos serviços e adequação às necessidades da população, destacam-se a redução no tempo médio de permanência na Emergência e o aumento da ocupação de leitos nas enfermarias e UTI.

A portaria que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva é a RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 (ANEXO B).

A Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002 refere sobre a necessidade de leitos hospitalares, em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma:

a) Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;

**b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.).**

c) Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): calcula-se, em média de 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica;

d) Leitos para Pré Parto: calcula-se, no mínimo, 2 leitos por sala de Parto.

Segundo a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, o Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS, contra 80 a 85% que seria a média desejável. Todavia, os percentuais de produtividade hospitalar variam por Hospital, Região e/ou Estado, influenciando, diretamente, na média de ocupação/leito/ano. (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

A regulação assistencial no Distrito Federal consiste em Regulação do Acesso, responsável pela regulação de consultas especializadas, exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, leitos de terapia intensiva e leitos de cuidados intermediários neonatais; e Regulação da Atenção às Urgências, responsável pela ordenação dos fluxos de atendimento nas portas de entrada dos serviços de urgência e emergências. Ambas têm os processos regulatórios baseados em protocolos clínicos e de regulação.

A regulação de acesso aos procedimentos de consultas e exames, no âmbito da SES/DF, encontra-se ancorada na utilização de um sistema informacional do Ministério da Saúde, o

Sistema Nacional de Regulação – SISREG, que apresenta como característica ser um software livre, aplicado em âmbito nacional. Já a regulação da internação hospitalar está presente nas internações em leitos das unidades terapia intensiva - UTI adulto, pediátrica e neonatal, oferecendo suportes diversos tais como: neurotrauma, coronariano, materno, dialítico, geral, dentre outros, e em leitos das unidades de cuidado intermediário neonatal – UCIN.

**Internação em Leitos de UTI** - Com o advento das mudanças no ambiente de cuidados à saúde, com a grande repercussão de enfermidades de diagnóstico mais complexo e de terapêutica diferenciada e a maximização do uso de recursos tecnológicos e específicos, a SES decidiu divulgar recentemente os critérios para internação de pacientes nas unidades de terapia intensiva: UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). A medida visa minimizar os problemas jurídicos, como as ordens de internação emitidas para pacientes que entram com pedido na Justiça, ao mesmo tempo em que sensibiliza a população para a questão do ingresso à UTI (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

A norma considera que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais e equipamentos específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia e que apenas o uso do diagnóstico como parâmetro de indicação de admissão na UTI não permite eleger com segurança os pacientes com chances de se beneficiarem da internação na UTI. Além de dar prioridade aos casos mais urgentes, a SES tem como comprovar que segue um padrão. Os critérios relacionados estão publicados no Anexo I da Portaria N° 200, de 06 de agosto de 2015 (ANEXO A).

A internação de pacientes de alta de UTI em leitos gerais deverá ocorrer de forma prioritária em relação a pacientes das salas de recuperação pós-anestésica e dos prontos-socorros, respectivamente. Além disso, os pacientes que receberem alta médica das UTI's ou UCI's deverão ser transferidos à enfermaria do hospital onde se encontram internados, levando em consideração as necessidades clínicas, até que outro leito seja disponibilizado no hospital de origem ou naquele que disponha do suporte exigido à continuidade de tratamento do paciente. (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

QUADRO 02: DEMONSTRATIVO DE LEITOS HOSPITALARES REGULADOS NA SES - DF

LEITOS	EXISTENTES	REGULADOS	%
UTI ADULTO	263	218	83%

UTI NEONATAL	73	71	97%
UTI PEDIÁTICA	64	43	67%
UCIN	107	107	100

Fonte: GERIH/DIREG/SUPRAC

A SES/DF possui capacidade instalada de 4.492 leitos em todas as unidades hospitalares. Destes, 263 leitos são em unidades de terapia intensiva adulta. A SES-DF possui um total de 16 hospitais distribuídos em todas as sete regiões de saúde do Distrito Federal. Dentre estes, existem 10 hospitais que possuem leitos de UTI, totalizando 346 leitos, sendo que apenas um destes hospitais- o Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF - de nível terciário possui leitos de UTI neurológica adulto, totalizando 30 leitos dentro desta especificidade (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

A SES/DF possui ainda as seguintes unidades de apoio: central de radiologia; laboratórios regionais; Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; Laboratório Central; Núcleos de Inspeção de Saúde; Centro de Testagem e Aconselhamento; Diretoria de Saúde Ocupacional; Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de três instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, a Escola Técnica de Brasília – ETESB e a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAP-SUS); Fundação Hemocentro de Brasília; a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos; Centros de Especialidades Odontológicas; Centros de Atenção Psicossocial; e Centro de Alta Complexidade em Oncologia (PLANO DE SAÚDE DF, 2016).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Histórico

O envelhecimento é um processo normal, em consequência da ação do tempo, que caracteriza uma etapa da vida onde ocorre modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas (SILVA, 2005).

O processo de envelhecimento populacional está em pleno curso na maioria dos países do mundo, sendo resultado da transição demográfica. A transição demográfica provoca alterações na estrutura etária e é um processo que está em curso na maioria dos países, nos quais o estágio de desenvolvimento varia de acordo com o nível socioeconômico e cultural (SILVA, et al., 2013).

A idade considerada idosa pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é estabelecida conforme o nível sócio-econômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade (WHO, 2015).

O perfil epidemiológico se transformou nos últimos 100 anos, havendo uma queda gradual de incidência de doenças infecciosas e parasitárias e aumento progressivo de doenças crônico-degenerativas, que são enfermidades ligadas ao processo de envelhecimento biológico do corpo. Essa mudança no perfil de doenças é denominada de transição epidemiológica. (SILVA et al., 2013).

Piuevam et al.(2015) reforça esta mudança no perfil epidemiológico quando relata que: *“paralelamente à transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição da incidência das doenças infecto-parasitárias e pelo aumento das doenças crônico-degenerativas”*.

A transição epidemiológica exige das autoridades uma atuação mais efetiva visando garantir as populações condições para que possam viver cada vez mais e com qualidade. Sendo este o maior desafio; tanto dos países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento, que é tentar reduzir a mortalidade que tem como causas as doenças ligadas ao envelhecimento (cardiovasculares, neoplasias, doenças do sistema nervoso, do sistema respiratório, endócrinas, nutricionais e metabólicas). Essas doenças atingem, sobretudo, as pessoas em idades mais avançadas e são mais difíceis de tratar (SILVA, et al., 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil está em processo de mudança, considerando-se o acelerado crescimento no envelhecimento populacional, a redução na taxa de fecundidade e a reestruturação da pirâmide etária. Estes

dados revelam também que a “faixa etária de 80 anos a mais vem representando 14% da população idosa brasileira” (IBGE, 2011).

No Brasil, em todos os seus municípios em maior ou menor grau e intensidade, a população envelhece aumentando a procura por serviços públicos e os idosos passam a ser cada vez mais dependentes de políticas públicas capazes de atender suas novas necessidades (SILVA et al., 2013).

## 2.2. O processo de envelhecimento

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo (WHO, 2005).

Para Camarano (2002) *apud* SILVA et al. (2013), o envelhecimento é algo em evidência mundial, significando um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários.

Atualmente o envelhecimento populacional é proeminente fenômeno mundial. Nos Estados Unidos (EUA) o seguimento da população que mais cresce abrange aqueles com idade superior a 65 anos (STEIN, et al. 2009).

O envelhecimento pode ser resultado de alterações na base ou no topo da pirâmide etária. Enquanto o envelhecimento pela base tem como principal determinante a queda da fecundidade, o envelhecimento pelo topo é determinado pela queda da mortalidade com a consequente elevação da expectativa de vida (SILVA et al., 2013).

A transição epidemiológica, assim como o envelhecimento populacional está intimamente ligada a conquistas sociais, uma vez que na transição do perfil de mortalidade, é reduzido o número de mortes por doenças ligadas ao baixo nível de desenvolvimento econômico e social, ao passo que é ampliada a participação de doenças relacionadas ao envelhecimento no total da mortalidade (SILVA et al., 2013).

O processo de envelhecimento populacional tem como determinantes três variáveis demográficas: a fecundidade, a mortalidade e a migração. Uma população pode tornar-se envelhecida em vista da redução da fecundidade, com a diminuição do número de filhos por mulher, impactando diretamente na queda do número de crianças e na elevação da proporção de idosos na população total; da redução da mortalidade, com o aumento da expectativa de vida, e de fluxos migratórios que podem tanto contribuir para o rejuvenescimento (local de chegada

dos migrantes) quanto para o envelhecimento (local de saída dos migrantes) (SILVA et al., 2013; REIS, 2016).

O aumento da população idosa é um fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil. Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária em todo o mundo. A população de idosos, pessoas com 60 anos ou mais, cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos, modificando completamente o cenário da população brasileira, que antes era de jovens para uma população típica da terceira idade, com um quadro de enfermidades crônicas, complexas e onerosas que exigem tratamentos constantes, medicações de uso contínuo e profissional habilitado para este cuidado. (WHO, 2005; GÓIS, VERAS, 2007; VERAS, 2010).

Em linhas gerais, pode-se definir o envelhecimento populacional como o aumento da participação de idosos na população total com a ampliação do grupo etário composto por pessoas com 60 ou 65 anos ou mais (SILVA et al., 2013).

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) define: *“O idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos”* (WHO, 2005; BRASIL, 2005).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, definem idosos como: *“pessoas com 60 anos ou mais”* (PNI, 1994; PNI, 2003).

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, dispõe sobre papel da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

De acordo com o estatuto do idoso de 2003, no capítulo IV, artigo 15 que contempla o direito à saúde diz que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total (KÜCHEMANN, 2012).

Para Küchemann (2012):

O aumento da expectativa de vida apresenta duas facetas. Por um lado, reflete mudanças culturais e avanços obtidos em relação à saúde e às condições de vida, tais como: redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo. Por outro, aponta para a possibilidade do/a idoso/a ser acometido por doenças degenerativas e crônicas, que o/a torna sem autonomia, ou seja, dependente de cuidados de alguém (KÜCHEMANN, 2012).

O envelhecimento populacional é: *“uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida”* (BRASIL, 2007).

Para MAIA apud OLIVEIRA, et al (2011):

O processo de envelhecimento é considerado fisiológico, porém, é retratado pela diminuição progressiva da reserva funcional orgânica. Em situações de sobrecarga, a manutenção do equilíbrio homeostático é prejudicada, tornando o idoso mais suscetível à agravos e doenças. Além disso, a resposta ao tratamento do idoso, quando comparado aos mais jovens, pode ser prejudicada perante a escassa reserva fisiológica, natural do envelhecimento.

O envelhecimento pode ser entendido como um “processo dinâmico e progressivo”, em que há “modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas”, com perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como maior prevalência de processos patológicos que evidenciam maior incapacidade deste idoso incluindo perdas tanto na posição social, renda, independência e estrutura anatômica (LANA, 2014).

O envelhecimento está associado a diminuição das reservas fisiológicas e aumento do risco para desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas. Quando ocorre um processo agudo de doença ou estresse, *“geralmente o idoso tem menor capacidade fisiológica de superar as lesões, tornando-se mais vulnerável e frágil”* (PEDREIRA, 2013).

Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idoso em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total (BRASIL, 2007, WHO, 2011).

Dados do IBGE, revelaram que a população idosa era de 20,6 milhões, representando 10,8% da população e em 2050 este número representará 26,7% do total (CONSENSUS, 2014).

A crescente expectativa de vida da população tem demonstrado aumento significativo no número de idosos, isto se deve ao aumento da expectativa de vida, melhores condições de saúde, programas de atenção primária à saúde voltadas ao idosos que se refletem em um envelhecimento mais saudável, atingindo idades cada vez mais avançadas. (PILGER, 2011; LANA, 2014).

No âmbito da saúde, o envelhecimento populacional gera novas demandas para os serviços de saúde e, conseqüentemente aumentos substanciais nos custos de programas voltados para os idosos, exigindo assim; o conhecimento de problemas prioritários e o desenvolvimento de ações visando a sua resolução (LIMA, 2014).

O desafio dos serviços de saúde frente ao envelhecimento da população requer soluções de qualidade para a assistência em todos os níveis do cuidado. Durante um adoecimento agudo, os indivíduos mais velhos necessitam de serviços que respondam em tempo hábil à gravidade e considerem as alterações biológicas relativas à idade, bem como as comorbidades e funcionalidade (CALDAS, 2015).

### 2.3.A história da unidade de terapia intensiva

A história da UTI inicia-se com a preocupação da alta mortalidade de soldados na guerra da Criméia em 1854. Idealizada por Florence Nightingale, enfermeira moderna muito à frente do seu tempo, agrupou todos os soldados feridos em um mesmo ambiente onde os mesmos foram monitorizados continuamente e com rigoroso controle de higiene. Nascia assim a primeira UTI (SOBRATI, 2014).

Para MENEZES *apud* BONFADA (2015) a primeira UTI moderna foi criada nos EUA, na cidade de Baltimore, em 1923 pelo médico Walter Dandy.

Entretanto foi o médico Peter Safar considerado o primeiro profissional intensivista, pois foi ele quem criou no ano de 1962 a primeira UTI dentro do ambiente hospitalar. Ele também foi responsável por criar e ofertar a disciplina de cuidados críticos para turma de medicina, projetou a primeira ambulância de suporte intensivo e foi um dos fundadores da *Society of Critical Care Medicine*, primeira sociedade voltada para tratamentos intensivos (SOBRATI, 2014).

Os leitos de UTI têm por definição:

Unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos

específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica (BRASIL, 1998).

As unidades de terapia intensiva (UTI) são unidades complexas, destinadas ao atendimento de pacientes graves, que demandam espaço físico, recursos humanos especializados e instrumental tecnológico avançado, o que as tornam unidades de alto custo (CIAMPONE, 2006).

Estas unidades são consideradas áreas críticas, destinadas à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada e de forma contínua, materiais específicos e tecnologias avançadas para o alcance do diagnóstico, monitorização e terapia dos pacientes (PEDROSA, 2014).

Trata-se de um ambiente crítico, de alta complexidade, que internam pacientes críticos diversos, incluindo neonatos, pacientes pediátricos a indivíduos adultos jovens e idosos. Junto ao idoso, tem como objetivo restaurar a estabilidade clínica, com a intenção de preservar a sua capacidade funcional e sua qualidade de vida (ACUÑA, 2007).

#### 2.4.A unidade de terapia intensiva no Brasil

A evolução científica e tecnológica trouxe modificações para assistência ao paciente, principalmente, as pacientes de alto risco. Essas modificações que envolvem novos equipamentos, aperfeiçoamento de pessoal, concentração de recursos humanos e ou materiais, serviços especializados é denominada de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (ROSANELLI, 2011).

A primeira UTI surgiu no final da década de 1960 no Hospital de Clinicas de São Paulo; em um setor totalmente isolado do hospital. Com o surgimento das UTIs melhorou o atendimento a pacientes graves, que antes eram realizados nas enfermarias, com área física inadequada e escassez de recursos tecnológicos e humanos. Esta implantação ocorreu na década de 1970 e foi uma das maiores conquistas no âmbito hospitalar (ACUÑA, 2007; ROSANELLI, 2011).

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILA, 2002; ROSANELLI, 2011).

Em 1972, o hospital Sírio Libanês fundou a primeira UTI com área específica e planejada para prestar um cuidado intensivo, ininterrupto, com uma equipe capacitada para tal (VIANA *apud* BONFADA, 2015).

Em 1975 as UTIs já estavam consolidadas no Brasil, foi quando surgiu a necessidade de se regulamentar oficialmente os pré-requisitos das instalações físicas, dos profissionais, dos equipamentos e das rotinas próprias para o cuidado intensivo. Em 1980 foram criadas as entidades representativas dos profissionais intensivistas. As UTIs se difundiram rapidamente, sendo presentes em quase todos os hospitais de médio e grande porte nas principais cidades do país, com isso houve melhoria tanto no aparato tecnológico quanto na especialização dos recursos humanos (MARTINS, 2005; VIANA, 2014).

Foi criado em 24 de fevereiro de 2010, o Regulamento da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 7, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (anexo B).

As UTIs são classificadas segundo dois aspectos: quanto a natureza da assistência sendo caracterizada como geral ou especializadas; e quanto a sua capacidade ocupacional o que vai de acordo com o número de leitos do hospital caracterizando-o de pequeno porte -25 a 49 leitos, médio porte -50 a 149 leitos, e grande porte -150 a 500 leitos. Do ponto de vista operacional e financeiro as UTIs também são classificadas de forma crescente, conforme o seu grau de complexidade; em leitos do tipo I, II, III. Este grau de complexidade da especialização dos recursos humanos, incorporação tecnológica e características da estrutura física desta unidade são os critérios gerais que norteiam o Ministério da Saúde para definir a hierarquização dos leitos de UTI, conforme portaria Nº 3432, DO 154 de 13 de agosto de 1998 (GUERRA, 2013).

As unidades de terapia intensiva (UTI) centralizam pacientes graves e recuperáveis que necessitam de cuidados especializados e contínuos, dispõe de infra-estrutura própria, que através de uma prática assistencial contínua e segura possibilita a reversão dos distúrbios que colocaram a vida do paciente em risco, buscando o reestabelecimento das funções vitais do organismo (AMANTE, et al. 2009; OLIVEIRA, 2011).

As unidades de terapia intensiva (UTI) são os setores hospitalares que estão em contato direto com a transição demográfica, já que são os pacientes acima de 60 anos os que ocupam um número considerável de leitos de UTI, em consequências das doenças crônico-degenerativas e dos agravos que os acometem, com necessidade de intervenções que requerem internações nestas unidades. Estes cuidados não são apenas para os problemas fisiopatológicos,

englobam também questões de cunho psicossociais, ambientais e familiares que estão intimamente ligadas à doença física (VILA, 2002; PEDROSA, 2014).

É alta a demanda por leitos de UTI, sabe-se que a escassez destes leitos é cada vez maior, tanto no Brasil quanto no mundo; sendo assim, a oferta de leitos torna-se limitada devido aos custos determinados pela alta complexidade dos recursos utilizados, tornando-se necessária a racionalização de leitos de terapia intensiva para a população idosa. Assim foi criado pela Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM), critérios para priorizar a admissão do indivíduo na UTI (CALDEIRA, 2010; GOMES, et al., 2015).

Estes critérios têm por finalidade fazer a triagem e priorizar a internação dos pacientes que podem ser mais beneficiados do tratamento intensivo e otimizar a alocação dos recursos disponíveis. Os pacientes são divididos por prioridades para internação, e vão desde a prioridade 1 - pacientes graves, instáveis, que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI, até prioridade 4 -pacientes sem indicação de admissão em UTI, por estarem muito bem ou muito mal para se beneficiarem do tratamento na terapia intensiva (CRIT CARE MED, 1999; CIAMPONE, 2006; CALDEIRA, 2010; GOMES, et al., 2013).

## 2.5.O idoso na unidade de terapia intensiva

Os avanços tecnológicos na área da saúde têm feito com que haja um aumento significativo da expectativa de vida. Tanto no Brasil, como no mundo, isso vem ocorrendo de forma rápida sem que haja um preparo para lidar com essa população. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária (WHO, 2005).

Em geral, os países em desenvolvimento têm vivenciado alterações demográficas importantes ocasionadas pelo aumento da expectativa de vida ao nascer, a diminuição da mortalidade, o aumento da morbidade, com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis que, em uma situação agudizada, pode levar o idoso ao internamento na UTI aumentando a demanda desta população por leitos de terapia intensiva. Sabe-se também que os problemas de saúde dos idosos são maiores devido a diversas comorbidades e de maior duração, exigindo mais investimentos, tecnologias e pessoal qualificado. (OLIVEIRA, 2011; PEDREIRA, 2013; BONFADA, 2015).

Segundo CIAMPONE (2006): *“a população está envelhecendo, e com isso o número de pessoas com doenças crônico-degenerativas vem aumentando, levando a agravos à saúde com conseqüente necessidade de intervenções que requerem internação na UTI”*.

Piuevezam et al.(2015) refere que: *“O aumento da demanda dos idosos por serviços de saúde, aliado ao desenvolvimento médico-tecnológico, tem refletido um aumento nos gastos financeiros em saúde pública”*.

Estudos epidemiológicos mostram que as doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável (LIMA-COSTA, 2003).

Segundo MARTINS (2005): *“a equipe de saúde, ao atender o idoso, em especial na UTI, deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, que justificam um cuidado diferenciado”*.

O mesmo autor refere que a hospitalização em UTI intensifica o medo, a fragilidade e a insegurança do idoso; o que requer profissionais mais atentos e comprometidos com o cuidado, que na maioria das vezes é mecânico e desprovido de atenção aos sentimentos do idoso e seus familiares (MARTINS, 2005).

MARIK apud STEIN (2009) afirma que: *“Nas unidades de terapia intensiva (UTI) dos EUA os idosos representam 42% a 52% de todas as admissões e quase 60% de todas as diárias de UTI”*.

O crescimento do número de pessoas com 60 anos ou mais, bem como a expectativa de vida, traduz um aumento nas admissões de pacientes nessa faixa etária nas UTIs (FEIJÓ, 2006).

Estima-se que 12% dos pacientes com mais 65 anos, nos Estados Unidos, consomem cerca de 33% a 42% dos recursos utilizados nestas unidades. Este grupo populacional de idosos, geralmente com alta prevalência de doenças crônicas e menos reserva orgânica, determina maior demanda por leitos de UTI e evolui mais facilmente a um estado crítico, determinando maior custo quando internados nestas unidades (PEDROSA, 2014).

A literatura enfatiza que esse maior gasto com hospitalização da população idosa é uma tendência mundial e que se justifica por haver maior consumo de recursos. O aumento da expectativa de vida amplia também a frequência das doenças relacionadas à idade (MS, 1999; LIMA-COSTA, 2003; MARTIN, 2006).

O maior gasto com serviços de saúde entre os idosos está associado ao perfil de morbidade deste grupo populacional, caracterizado pela maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. Além disso, as taxas de internação para grupos idosos são mais elevadas (REIS, 2016).

O número de pacientes idosos que necessitam de tratamentos em unidades intensivas, cresce a cada dia e, devido ao alto custo destes cuidados é preciso avaliar os fatores relacionados à evolução do quadro clínico, disfunções orgânicas, comorbidades associadas e prognóstico; o que faz com que este gasto aumente consideravelmente (GOMES, 2015). Dado ao alto custo dos cuidados intensivos agudos e o número crescente de pacientes idosos graves na UTI, é preciso avaliar os fatores relacionados a sua evolução (FEIJÓ, 2006).

É sabido também que a internação dos idosos demandam mais recursos materiais e humanos e conseqüentemente mais recursos financeiros quando comparado a população adulto jovem. Esta afirmação é verificada tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, como é o caso do Brasil; pois os idosos apresentam várias peculiaridades, sendo assim apresentam maior probabilidade de serem internados, demandam maior complexidade tecnológica, gera maior tempo de permanência hospitalar e estão mais susceptíveis a complicações de saúde (SANTOS, BARROS, 2008; PIUVEZAM et al. 2015; REIS, 2016).

Para SCHEIN (2010): *“Os pacientes idosos são responsáveis por 42% a 52% das admissões em UTI e consomem cerca de 60% das diárias disponíveis. Ressalta-se ainda que a maioria desses dias sejam gastos imediatamente antes de morrer”*.

O Brasil gasta, atualmente, 8% do seu produto interno bruto (PIB) com saúde. Conforme Organização Mundial de Saúde (OMS), os Estados Unidos, incluindo o Alasca, são o único país do mundo que gasta mais que 13% do PIB. Nenhuma outra atividade consome tantos recursos, o que mostra que a saúde pública não é apenas preocupação brasileira, mas também mundial (CASTRO, 2016).

Os estudos epidemiológicos mostram de forma pertinente que as causas de mortalidade entre idosos no país poderiam ser reduzidas com programas de prevenção e promoção da saúde. Relatam também que as doenças cardiovasculares é a principal causa dos óbitos na população idosa, seguido de problemas respiratórios e do câncer (LIMA-COSTA, 2003).

Em geral, os idosos são portadores de múltiplas patologias crônicas, consomem mais serviços de saúde por necessitarem de cuidados prolongados, passam por internações hospitalares com mais frequência, sendo o tempo de ocupação do leito maior do que o de outras faixas etárias, além de intervenções contínuas e maior demanda por leitos de unidades de terapia intensiva (UTI). Nesse sentido, verifica-se que, entre os pacientes admitidos em UTI, os idosos são responsáveis por 42 a 52% das admissões e consomem cerca de 60% das diárias disponíveis (PIUVEZAM, et al. 2015).

As principais causas definidas de mortalidade entre idosos brasileiros são as doenças do aparelho circulatório (35%), as neoplasias (19%) e as doenças do aparelho respiratório (9%), o que representa cerca de 60% do total de óbitos em ambos os sexos (SCHEIN 2010).

Para MARTINS (2005): *“os principais motivos que ocasionam a hospitalização do idoso em uma UTI são o pós-operatório imediato ou tardio de cirurgias de emergência ou grandes cirurgias eletivas, afecções respiratórias e traumas”*.

Sitta (2011) apud PEDROSA (2014) diz que dentre os motivos que podem levar o idoso à internação em UTI destacam-se: *“pós-operatório de cirurgias de grande porte, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, insuficiência respiratória aguda, insuficiência renal aguda, choque séptico, choque hipovolêmico, choque cardiogênico e trauma”*.

Pesquisas mostram que exacerbações agudas da doença crônica, precisam, com frequência, de hospitalização em UTI, sendo estas consideradas a principal causa de incapacidade entre os idosos (MORTON, HUDAK, GALO, 2007).

Considerando que a idade cronológica é o mais robusto preditor do padrão de morbimortalidade entre idosos, é de se supor que esse envelhecimento populacional brasileiro exija mudanças profundas não somente na carga de doenças, mas também no tipo e na quantidade de serviços de saúde oferecidos a essa população (SCHEIN, 2010).

Estudos mostram que a idade é um dos fatores a serem considerados, uma vez que, traz questionamentos quanto à aplicação de recursos na UTI e a relação custo-benefício (CIAMPONE, 2006).

Um dilema em relação ao tratamento de pacientes idosos na UTI consiste em decidir em que medida investimentos terapêuticos devem ser aplicados ou não diante da perspectiva reduzida de sobrevida ou de limitações na qualidade de vida após a alta da UTI, sem transgredir princípio ético de igualdade no atendimento, assegurado pelo estatuto do idoso, em que a idade não pode ser fator de exclusão. (CIAMPONE, 2006).

Sabe-se que a função alocativa no orçamento é tarefa das mais difíceis, uma vez que o recurso disponibilizado é finito, e as demandas são infinitas. A necessidade de se equilibrarem receita e despesa é expediente de execução sofrida, com a constante necessidade de escolhas por parte do gestor. Contudo, é sabido que o Estado não possui recursos materiais para atender, integralmente, ao princípio da universalidade, motivo pelo qual, no limite da reserva do possível, deve ponderá-lo com o princípio da seletividade, cabendo ao Poder Público estabelecer parâmetros para a prestação da saúde (CASTRO, 2016).

O art. 200 da CF enumera algumas competências do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo, entre outras, a formulação de política e de execução das ações de saneamento básico. No Brasil, inúmeros legisladores e constituintes tentaram, ao longo da história, estabelecer uma vinculação entre os gastos em ações e serviços públicos de saúde e as receitas dos orçamentos públicos. O ordenamento jurídico que consolidou essa ideia é a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, também conhecida como Emenda da Saúde, que determinou o comprometimento de receitas da União, dos Estados e dos Municípios para o financiamento dos gastos públicos na área (CASTRO, 2016).

Alguns estudos demonstram também, que extremos de idade de forma isolada, não diferem em relação à mortalidade na UTI.

Para STEIN et al (2009) a idade não é, portanto, a única responsável pela menor sobrevivência, mas também a capacidade funcional do indivíduo antes da admissão na UTI e a gravidade da doença motivo da internação.

A ausência de ações sistemáticas voltadas especificamente para idoso aumenta a incidência de fragilidade e vulnerabilidade social nessa faixa etária. Além disso o quadro epidemiológico e clínico peculiar dos idosos também são um desafio para os serviços de alta complexidade prestados em terapia intensiva (BONFADA, 2015).

A fragilidade social enfrentada pela maioria dos idosos no Brasil, materializada pela baixa renda, precárias condições de moradia e alimentação, contrasta com o déficit de investimento em saúde pública para esta população e ameaça de maneira direta sua inclusão social. Além disso, serviços de saúde com baixo financiamento e qualidade constituem-se em maior mortalidade, diminuição da capacidade funcional de forma prematura e, portanto, podem ser considerados como iatrogenia e negligência por parte do Estado, no que tange a saúde do idoso, especialmente em casos graves que requerem internação imediata em UTI (BONFADA, 2015).

Sabe-se que a Unidade de Terapia Intensiva desempenha um papel fundamental e muitas vezes decisivo na chance de sobrevivência de pacientes gravemente enfermos; diante deste contexto de alta complexidade e recursos humanos especializados, há um constante aumento nos gastos hospitalares criando assim uma racionalização das internações em UTI.

É sabido também que o Brasil conta com poucos leitos de terapia intensiva disponíveis para atender a demanda de pacientes, o que se justifica pelo alto custo de manutenção, sendo necessário estabelecer critérios para a alocação de recursos e seleção de pacientes. Tais critérios devem ser pautados na objetividade científica, que envolve a verificação da gravidade do

paciente, o grau de emergência, o tempo de terapêutica e prognóstico, de modo a garantir a equidade no tratamento para toda a clientela que usufrui destes serviços (ALMEIDA, 2011).

A saúde deve ser fomentada por meio de políticas públicas baseadas em levantamentos, principalmente em planejamentos, que indiquem de forma mais técnica possível, qual o caminho correto a seguir a fim de garantir a universalidade de assistência, uma vez que o direito à saúde implica garantia de condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer e saneamento, dignidade, gratuidade e participação da sociedade (CASTRO, 2016).

Entende-se que judicialização é a: *“questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: são insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde”* (DINIZ, 2014).

Reflete uma luta entre o que o cidadão entende que lhe deve ser garantido e o Estado lhe garante de maneira insatisfatória ou aquilo que o cidadão gostaria que lhe fosse garantido, mas não encontra respaldo na lei. O crescente número de demandas judiciais no âmbito da saúde torna o quadro da judicialização da saúde agravante (SANTOS, 2012; CASTRO, 2016).

Asensi apud ARAÚJO (2013) relata que: *“as pesquisas envolvendo a judicialização no Brasil começaram a consolidar-se enquanto perspectiva teórica e analítica, sobretudo, a partir da década de 1990”*.

As reivindicações se embasavam no direito constitucional à saúde, que inclui o dever estatal em prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, estados e municípios (VENTURA, et al, 2010).

A partir da publicação de um trabalho norte-americano, o termo judicialização ganhou corpo, sendo o mesmo definido como tomar algo através de um processo jurídico (ARAÚJO, 2013).

As ações judiciais são o caminho cada vez mais utilizado para se obter a efetivação do direito à assistência em saúde. A judicialização da saúde pode exacerbar a desigualdade no acesso à saúde, pois, diverge do conceito de necessidade coletiva predominando os interesses individuais. Por outro lado, a judicialização pode representar um papel positivo na atualização dos programas e protocolos em saúde. A judicialização compreende o fenômeno em que o cidadão aciona o Judiciário para a mobilização de recursos e argumentos em defesa e conquista de direitos (ARAÚJO, 2013).

Quando a judicialização se faz necessária para obtenção de acesso a medicamentos, produtos para a saúde, leitos de UTI, cirurgias e outros procedimentos significa que os cidadãos

estão em busca da efetivação dos seus direitos, conseqüentemente sendo um ponto bastante positivo, no que se refere à mobilização da sociedade em busca dos seus direitos. Outro fator que influencia nas demandas judiciais é o crescente aumento da população idosa que se torna vulnerável em adquirir doenças crônicas e de múltiplas causas, passando a utilizar medicações de uso contínuo (ARAÚJO, 2013).

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade para a população idosa apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção à saúde. O conhecimento das necessidades da terceira idade, principalmente na comunidade, assim como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde e as condições sociais, são importantes para subsidiar o planejamento da atenção à saúde a essa faixa etária (PILGER, 2011).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar o perfil epidemiológico - social de pacientes idosos que internam em unidade de terapia intensiva neurológica em um hospital público terciário no Distrito Federal no período de janeiro a dezembro de 2014.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Descrever o perfil epidemiológico-social dos idosos (idade, sexo, ocupação, estado civil, procedência e diagnóstico);
2. Caracterizar os desfechos clínicos destes pacientes;
3. Identificar/quantificar quanto esta população precisa utilizar a judicialização para ter acesso a vagas de UTI.

### **4 MÉTODOS**

#### **4.1. Tipo de Estudo**

O estudo do tipo quantitativo descritivo com abordagem epidemiológica do tipo transversal-descritiva (PEREIRA, 2010).

O estudo transversal avalia as relações exposição-doença de uma determinada população em um determinado momento. Com isso, o estudo fornece um retrato da situação das variáveis envolvidas em uma dada ocasião, dado pelo momento da coleta de dados. São estudos úteis para descrever variáveis e avaliar seus padrões de distribuição, permitindo descrever as características dos eventos na população e identificar casos específicos. Portanto, o estudo transversal é metodologicamente adequado para avaliar as questões propostas por esse estudo (PEREIRA, 2010; HULLEY et al., 2015).

Neste contexto, o delineamento transversal possibilita que a observação das variáveis de interesse seja feita simultaneamente, em um mesmo momento e no tempo suficiente para os dados serem coletados, demonstrando naquele momento como as variáveis analisadas estão relacionadas. (PEREIRA, 2010).

Diante do exposto a pesquisa visou conhecer o perfil epidemiológico dos idosos internados com diagnósticos neurológicos admitidos em UTI do HBDF, no ano de 2014.

#### 4.2. Cenário da Pesquisa – Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)

O Distrito Federal (DF) é uma unidade federativa peculiar, não é um Estado, nem um Município. O DF tem estimativa de 2.852.372 habitantes, compreende um quadrilátero de 5.789,16 Km<sup>2</sup>, equivalendo a 0,06% da superfície do país (IBGE, 2014).

O Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) foi inaugurado em 1960 com o nome de Hospital Distrital de Brasília, sendo centro de referência para as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste; em 1976 torna-se definitivamente HBDF. Em 1978, foi implantada a proposta de hierarquização da atenção à saúde que está em vigor até hoje. Assim o HBDF passa a atender patologias de alta complexidade (terciárias); os Hospitais, agora, denominada Regionais passam a atender patologias de média complexidade (secundárias), e os Centros de Saúde, criados a partir dessa proposta, seriam responsáveis pela atenção primária (SES-DF, 2016).

Em função dessa abrangência geográfica e demográfica, sua demanda média de atendimentos diários estava, no início de 2013, em torno de 600 pacientes. O HBDF é um hospital geral, público, de gestão estadual. Possui unidade de internação (538 leitos), pronto socorro (106 leitos), UTI (67 leitos), bloco cirúrgico e ambulatório. Destes 67 leitos de UTI, 30 leitos são destinados a pacientes neurológicos (TOLIFE, 2016).

Atende toda a população do Distrito Federal, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de alta complexidade (TOLIFE, 2016).

O HBDF é o hospital de referência de traumas e cirurgias num raio de 500 km a sua volta. A grande maioria dos pacientes graves do DF e entorno, sudoeste de Minas Gerais, norte e nordeste de Goiás, e sudoeste da Bahia, são automaticamente encaminhados para o HBDF. Além desses pacientes, a demanda espontânea também é bastante alta, também em razão do hospital ser reconhecidamente, pela população, o melhor e mais bem equipado da região (TOLIFE, 2016).

#### 4.3. Operacionalização do Estudo

O desenvolvimento deste trabalho ocorreu na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neurológica (neurotrauma e neurocirúrgica) do HBDF, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). É importante ressaltar que dentre os hospitais da rede SES-DF, apenas um destes hospitais- o Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF - de nível terciário, possui leitos de UTI neurológica adulto, totalizando 30 leitos dentro desta especificidade.

Para o alcance dos objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em etapas complementares. No primeiro momento foi elaborado um instrumento de coleta de dados (Apêndice A) com informações necessárias para elucidar o perfil da população a ser estudada, que foi validado por professores Docentes do Departamento de Enfermagem da UnB.

Posteriormente foi realizado o estudo com dados secundários; registros do livro de admissão e alta e prontuário eletrônico (Trakcare®) de pacientes idosos que estiveram internados na UTI neurocirúrgica e neurotrauma, do referido hospital, no período de janeiro a dezembro de 2014. Por utilizar dados secundários, o estudo foi dispensado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram levantadas as seguintes variáveis:

1. Variáveis sócio demográficas: sexo, idade, procedência, ocupação, estado civil e número de filhos.

2. Variáveis relacionadas a utilização do serviço médico-hospitalar como: presença de comorbidades e acompanhamento das mesmas, diagnóstico neurológico e tipo de internação na UTI (conservador/clinico/cirúrgico).

3. Variáveis relacionadas à internação: porta de entrada na admissão, presença de complicações e quais foram, se houve impacto na permanência do paciente na UTI, desfecho do agravo e se esta internação foi judicializada.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro a junho de 2016, onde foram, analisados 142 prontuários eletrônicos (Trakcare®) de pacientes admitidos no local do estudo, no ano de 2014 e que preenchiam os critérios de inclusão.

#### 4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos:

- 1) pacientes idosos internados na UTI com diagnósticos médicos neurológicos;
- 2) pacientes idosos internados nas UTIs neurotrauma e neurocirúrgica entre janeiro a dezembro de 2014 e que estavam com seu registro no prontuário eletrônico;
- 3) idosos internados nesta UTI com idade igual ou superior a 60 anos, independente do seu estado físico e mental;

Foram excluídos:

- 1) idosos que foram internados por outras causas que não sejam neurológicas;
- 2) idade inferior a 60 anos;

3) paciente idosos que estavam com os dados incompletos na base de dados proposta para o estudo.

#### 4.5. Amostra Estudada

A representatividade da amostra é de fundamental importância em qualquer pesquisa estatística onde se deseja realizar inferências para a população. Por questão técnica e por haver apenas um hospital com especificidade neurológica neste estudo foi realizada técnica de amostragem por conveniência (VIEIRA, 2008).

Este tipo de amostragem é válido para avaliação de uma população por período de tempo longo o bastante para se avaliar um evento, onde o pesquisador trabalha necessariamente com unidades que tem acesso. Em levantamento preliminar, verificou-se a existência de 145 registros de pacientes com diagnóstico neurológico no período estudado. Apenas três foram excluídos por não preencher os critérios de inclusão. Foram avaliados 142 registros.

#### 4.6. Coleta de Dados

A coleta foi realizada por meio de dados secundários obtidos em livros de registros (admissão e alta) e, prontuário eletrônico (Trakcare<sup>®</sup>); utilizando um roteiro (Apêndice A), produzido pela própria pesquisadora.

#### 4.7. Análise Estatística dos Dados das Variáveis

Inicialmente para o banco de dados foi criado uma planilha em Programa Microsoft Excel<sup>®</sup> Office XP. Posteriormente, os dados foram preparados por meio do programa EPI-INFO 3.03. Após a construção do banco de dados, foram realizadas a análise das variáveis e confecção de gráficos e tabelas.

*Testes estatísticos* – Na análise de verificação da associação de variáveis foi utilizado o teste de regressão logística, visando identificar possíveis associações.

Para verificar a influência de covariáveis nos modelos ajustados, foram ajustados modelos lineares generalizados, com função de ligação logito. O ajuste dos respectivos modelos foi feito por meio de envelopes simulados para os resíduos, uma vez que pontos dentro do envelope, indicam um bom ajuste do modelo. Desta maneira, todos os modelos apresentaram

bom ajuste e o p-valor calculado indica a influência das respectivas covariáveis na variável dependente, em cada modelo (OLIVEIRA, 2011).

Na última etapa, realizamos interpretação e descrição dos resultados encontrados na etapa anterior por meio de tabelas, permitindo assim conhecer de forma clara o perfil epidemiológico da população estudada.

## **5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o número de CAAE: 55016116.6.0000.5553, parecer número: 2.080.345. (ANEXO C)

Por haver liberação de pesquisa para elaboração do perfil de pacientes atendidos na UTI do HBDF, já autorizado pelo CEP/FEPECS, a direção geral do hospital, por meio do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde (NEPS), optou para que fosse utilizada a liberação já concedida pelo CEP/FEPECS.

Por se tratar de dados secundários, houve liberação do TCLE (termo de consentimento livre esclarecido), observando os aspectos ético-legais preconizados pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O material de coleta ficará em posse do pesquisador por um período mínimo de cinco anos, caso se faça necessário realizar consultas posteriores.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. Perfil sócio demográfico

O estudo foi realizado com o exame de 142 prontuários que atenderam os critérios de inclusão. Na Tabela 1, é apresentado o perfil sócio demográfico dos pacientes que internaram na UTI neurológica do Hospital de Base do Distrito Federal.

TABELA 1 - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
SEXO	MASCULINO	80	56,3%
	FEMININO	62	43,7%
FAIXA ETÁRIA	60 – 62	19	13,4%
	63 – 65	22	15,5%
	66 – 68	25	17,6%
	69 – 71	21	14,8%
	72 – 74	16	11,3%
	75 – 77	15	10,6%
	78 – 80	13	9,2%
	80 OU MAIS	11	7,7%
PROCEDÊNCIA	BAHIA	1	0,7%
	DISTRITO FEDERAL - TAGUATINGA	3	2,1%
	DISTRITO FEDERAL - GAMA	10	7,0%
	DISTRITO FEDERAL - GUARÁ	2	1,4%
	DISTRITO FEDERAL - PARANOÁ	1	0,7%
	DISTRITO FEDERAL - PLANALTINA DF	3	2,1%
	DISTRITO FEDERAL- PLANO PILOTO	19	13,4%
	DISTRITO FEDERAL - SAMAMBAIA DF	7	4,9%
	DISTRITO FEDERAL - SANTA MARIA	7	4,9%
	DISTRITO FEDERAL - SÃO SEBASTIÃO	1	0,7%
	DISTRITO FEDERAL - SOBRADINHO	7	4,9%
	DISTRITO FEDERAL - CEILÂNDIA	18	12,7%
	ESTADO DO GOIÁS	32	22,5%
	NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	21	14,8%
	SÃO PAULO	1	0,7%
	MINAS GERAIS	9	6,3%
ATIVIDADE LABORAL	TRABALHA	13	9,2%
	APOSENTADO	10	7,0%

	NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	114	80,3%
	PENSIONISTA	4	2,8%
	SOLTEIRO (A)	1	0,7%
NÚMERO DE FILHOS	0 – 1	18	12,7%
	2 – 4	21	14,8%
	5 OU MAIS	26	18,3%
	NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	76	53,5%
	NÃO TEM FILHOS	1	0,7%
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO (A)	2	1,41%
	CASADO (A)	29	20,42%
	VIÚVO (A)	11	7,75%
	SEPARADO (A)	7	4,93%
	NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	93	65,49%

Dos 142 prontuários analisados observou-se que 80 eram masculinos e 62 femininos; correspondendo a (56,3%) e (43,7%), da população em estudo, respectivamente. Estudos afirmam que em diversas pesquisas realizadas em diferentes países, o número de homens admitidos nas UTIs é consideravelmente superior ao de mulheres. Isso ainda é reflexo da procura tardia do homem aos serviços de saúde (CIAMPONE, 2006; GOMES, 2011; SOUZA, 2014). Essas evidências são verificadas em muitos países, onde os homens são mais comumente admitidos em UTI e apresentam maior possibilidade de receberem suporte mais agressivo que as mulheres (FAVARIN, 2012).

Na literatura examinada constata-se a relevância dos cuidados intensivos dispensados a pacientes geriátricos e que estes cuidados aumentarão ainda mais com o envelhecimento geral da população. Em países ocidentais, a percentagem de indivíduos acima de 65 anos representa 18% da população geral, respondendo por 45,5% das admissões hospitalares (FEIJÓ, 2006).

Constatou-se que, a maior proporção das internações; 17,6%, foi de idosos na faixa etária de 66 a 68 anos (25 pacientes), seguida por 15,5% na faixa de 63 a 65 anos (22 pacientes) e, 13,4% de 60 a 62 anos (19 pacientes). Observa-se o maior número de internações dos idosos mais novos.

Estudos mostram que a taxa de utilização da internação na faixa de 80 anos ou mais é três vezes maior que a da faixa etária de 55 a 59 anos, e apontam clientela predominantemente de idosos nas UTIs (GÓIS, VERAS, 2010, OLIVEIRA, 2011). Este dado não foi confirmado no nosso estudo, sendo que essa condição pode ter sido em decorrência de que não foram utilizados nos critérios de admissão na UTI, entre os idosos, aos mais idosos.

Estudos referem que a idade é um dos fatores a serem considerados, uma vez que traz questionamentos quanto à aplicação de recursos na UTI e a relação custo-benefício nessas unidades. Estudo realizado em um hospital universitário, os pesquisadores constataram que a maioria das internações eram de indivíduos com faixa etária superior a 60 anos (CIAMPONE, 2006; FEIJO, 2006). Os extremos de idade não diferem em relação à mortalidade na UTI e que a mortalidade não está associada a idade isoladamente, mas às condições clínicas do doente e fatores associados, tais como a gravidade da disfunção aguda, as comorbidades e o estado funcional antes da admissão na UTI (OLIVEIRA, 2011). Algumas literaturas referem que a idade é um critério impróprio para tomada de decisões terapêuticas, que elas devem ser feitas com base na capacidade dos pacientes de se beneficiarem do tratamento. Idosos podem se recuperar bem, depois de cuidados intensivos, e que idade não se correlacionou de forma significativa com mortalidade, diferindo de outros estudos (CIAMPONE, 2006, ACUÑA, 2007, OLIVEIRA, 2011).

A literatura internacional é controversa no que diz respeito à idade como elemento preditor isolado para o prognóstico em UTI e, conseqüentemente, para a aplicação de recursos disponíveis nessas Unidades (ROCKER, 2003). Estudos nacionais apontam que devem-se levar em consideração fatores como, o estado funcional do idoso previamente a internação à UTI, assim como presença de comorbidades e disfunções orgânicas e a gravidade da doença aguda; o que interfere no prognóstico (CIAMPONE, 2006; CALDEIRA, 2010).

A procedência dos idosos variou no Distrito Federal (DF). Observa-se um contingente significativo proveniente das cidades satélites, sendo 12,7% e 7,0%, respectivamente da Ceilândia (n=12) e do Gama (n=10), posteriormente aparecem com 4,9% (n=7) as cidades satélites: Sobradinho, Santa Maria e Samambaia – DF.

O que chama a atenção é a elevada proporção de idosos procedentes do Estado de Goiás (n=32) correspondendo a 22,5% da amostra, seguido do Estado de Minas Gerais (n=9), 6,3%. Porém, não podemos afirmar que nestes estados não há uma atenção básica e secundária satisfatória, mas pode-se inferir que, por se tratar de um hospital terciário especializado em diagnósticos neurológicos e neurocirurgia, e por geograficamente estar mais próximo do que a referência desses Estados, a procura por estes serviços é elevada no DF. Outro ponto que chama a atenção é a quantidade de prontuários que não tem a procedência do idoso internado (n=21), correspondendo a 14,8% da amostra. Isso pode ser decorrência da falta de treinamento dos profissionais, no que tange ao preenchimento de determinados campos dos prontuários.

Quanto a atividade laboral, observou-se que 80,3% (n=114) dos prontuários analisados não continham esta informação, sendo assim não se pode afirmar se os mesmos continuam ou não trabalhando, se são ou estão aposentados, se esta aposentadoria é por invalidez ou se mesmo aposentado continua trabalhando para o sustento da família. Deste modo observa-se uma lacuna nesta questão.

Em relação ao número de filhos por idoso, observa-se também que a maioria dos prontuários eletrônicos estão em branco, perfazendo um n=76, (53,5%), seguido dos idosos que tem cinco ou mais filhos n= 26, (18,3%).

Quanto ao estado civil observa-se que, 20,42% (n=29) são casados, 7,75% (n= 11) viúvos, 4,93% (n=7) separados, 1,41% (n=2) solteiros. Chama a atenção também 65,49% (n= 93) dos prontuários não ter esse dado.

Ao avaliar este dado separadamente entre homens e mulheres a proporção de casados para cada grupo foi de 12% (n=17) para homens e 8% (n=12) para mulheres; enquanto a proporção de viúvos foi de 3% (n=4) e 5% (n=7), respectivamente.

TABELA 2 – PERCENTUAL DA POPULAÇÃO IDOSA ESTUDADA POR GÊNERO. BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.

VARIÁVEL	CATEGORIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL GERAL	GERAL	%	
						MASCULINO AMOSTRA TOTAL	FEMININO AMOSTRA TOTAL
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO (A)	0	2	2	1,4%	0%	1%
	CASADO (A)	17	12	29	20,4%	12%	8%
	VIÚVO (A)	4	7	11	7,7%	3%	5%
	SEPARADO (A)	4	3	7	4,9%	3%	2%
	NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	55	38	93	65,5%	39%	27%
		<b>80</b>	<b>62</b>	<b>142</b>	<b>100,0%</b>	<b>56%</b>	<b>44%</b>

Em relação ao estado civil observa-se, na Tabela 2, com maior frequência o número de mulheres viúvas (ACUÑA 2007), também neste trabalho observa-se que o número de viúvas idosas foi discretamente maior (5%) que de homens idosos (3%), pode-se inferir que este número poderia ser mais elevado se não houvesse falhas no preenchimento do prontuário eletrônico. Verifica-se na literatura que a média de idade é maior no sexo feminino quando comparadas aos pacientes masculino devido ao fato de que o sexo feminino apresentar sobrevida mais longa (CAMPOS, 2007).

TABELA 3 –DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS, SEGUNDO A PROCEDÊNCIA, TIPO DA INTERNAÇÃO, COMORBIDADES RELACIONADAS E O ACESSO MÉDICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA. BRASILIA, DF, BRASIL, 2014.

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
PORTA DE ENTRADA NO HOSPITAL	ENFERMARIA	22	15%
	CENTRO CIRÚRGICO	3	2%
	OUTRA UNIDADE HOSPITALAR	52	37%
	PS – CENTRO DE TRAUMA	36	25%
	PS – CENTRO NEUROCARDIOVASCULAR	29	20%
MOTIVO INTERNAÇÃO UTI	CIRÚRGICO	107	75%
	CLÍNICO/CONSERVADOR	35	25%
COMORBIDADES	CÂNCER NÃO NEUROLOGICO	1	1%
	DOENÇAS AUTOIMUNES	1	1%
	DM	3	2%
	HAS	45	32%
	HAS + DM	24	17%
	NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	54	38%
	NEGA	2	1%
	OUTROS	11	8%
	PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	1	1%
ACESSO SERVIÇO MÉDICO	FAZIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO	43	30%
	NÃO FAZIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO	10	7%
	NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	89	63%

Na Tabela 3, são mostradas a procedência dos idosos de outra unidade hospitalar e o motivo da sua internação na UTI, observa-se que 37% dos idosos são procedentes de outra unidade hospitalar da rede (n= 52), o que sugere que a maioria dos pacientes são encaminhados para realizar parecer/avaliação com a equipe de neurocirurgia do hospital de referência. Observa-se ainda que 25% são procedentes do Pronto Socorro (PS) - Centro de Trauma (n= 36) e 20% do Pronto Socorro (PS) - Centro Cardiovascular (n= 29), internados devido a alterações clínicas relacionadas às doenças crônicas e traumas.

À medida que as pessoas vão envelhecendo, vão se tornando mais vulneráveis à aquisição de patologias crônico-degenerativas, com possibilidade de tornar-se dependente funcional e, conseqüentemente, familiar, emocional e econômica, sendo esta uma das principais causas de incapacidade e dependência dos mesmos (AZEVEDO, 2014).

Estudos corroboram com estes dados, pois com aumento da expectativa de vida, e o conseqüente agravamento/descompensação das doenças crônicas, tornam-se mais frequentes as exacerbações das mesmas e as internações hospitalares (LAGE, 2014).

Sobre a porta de entrada dos pacientes para a UTI, observa-se que os motivos das internações em UTI foram cirúrgicos 75% (n=107), seguido do tratamento conservador 25% (n=35). Pode-se inferir que isso se deve ao hospital ser referência na especialidade de neurocirurgia (exérese de tumor cerebral) e pelo alto número de avaliações neurológicas que necessitam de abordagem neurocirúrgica, como nos casos de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE). Estudos internacionais e nacionais apontam que a maior parte dos pacientes é proveniente do Centro Cirúrgico (C.C), seguido dos Serviços de Urgência (CIAMPONE, 2006). Este dado difere do nosso estudo que apresenta idosos provenientes de outro hospital da rede. Esse achado pode ser em decorrência da organização da rede de saúde do Distrito Federal, em que o HBDF é referência.

Devido a especificidade do serviço terciário realizado do HBDF e por ser referência em exérese de tumor cerebral na região; os nossos achados diferem de outros estudos, onde a maioria das internações são por motivos clínicos (78,0%) e doenças do sistema cardiovascular (70,0%) predominantemente (CIAMPONE, 2006).

Dentre as comorbidades mais prevalentes nos idosos observa-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) corresponde a 32% (n= 45), seguida das comorbidades associadas como HAS e Diabetes mellitus (DM), 17% (n=27).

A doença crônica é a principal causa de incapacidade entre os idosos e, quando estes apresentam exacerbações agudas, precisam, com frequência, de hospitalização em UTI. Dentre estas doenças, o DM e a HAS são as mais comuns, sendo a primeira de grande prevalência para o idoso, muitas vezes diagnosticada quando se instalam as sequelas, e a segunda considerada “assassina silenciosa”, pela rápida evolução e o difícil tratamento nessa faixa etária (PEDROSA, 2014).

Quanto à existência de doenças crônicas prévias, encontra semelhança em estudo realizado em UTIs do município de São Paulo, onde 70,9% dos pacientes apresentavam algum tipo de antecedente clínico relacionado às doenças do aparelho circulatório, o que era esperado em razão de serem as alterações do sistema circulatório, a primeira causa de mortalidade entre os idosos (CIAMPONE, 2006). Este resultado também é observado na literatura em que as doenças cardiovasculares são responsáveis por grande parte das alterações clínicas e das internações em UTI. Corroboram também que as doenças cardiovasculares são as principais causas dos óbitos na população idosa, seguido de problemas respiratórios e do câncer (GOMES, 2011; SOUZA, 2014).

Ao questionar sobre o acompanhamento médico destas comorbidades prévias, observa-se uma lacuna na base de dados onde, 63% (n= 89) dos prontuários não tinham esta informação, bem como as medicações utilizadas. A literatura relata que a polifarmácia nos idosos é comum, assim como a não adesão ao tratamento, interação medicamentosa e efeitos adversos; sabe-se também que a maioria dos idosos apresenta mais de uma comorbidade e estas; aumentam com a idade (SILVA, et al. 2013; LAGE, 2014).

Na Tabela – 4, são mostrados os principais diagnósticos neurológicos e intercorrências.

## 6.2.Principais diagnósticos neurológicos e intercorrências

TABELA 4 – DIAGNÓSTICOS NEUROLÓGICOS IDENTIFICADOS NA UTI, BRASILIA, DF, BRASIL, 2014

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
DIAGNOSTICO NEUROLÓGICO	AVE-I	9	6%
	TCE (UTILIZAR CLASSIFICAÇÃO A SEGUIR)	43	30%
	AVE-H	35	25%
	DRENAGEM HSDC SEM QUEDA ESPECIFICADA	3	2%
	HSAE POR ANEURISMA	5	4%
	TUMOR CEREBRAL	47	33%

Dentre as enfermidades neurológicas encontradas no estudo 33% (n=47) são tumores cerebrais, seguido dos traumatismos crânio-encefálicos 30% (n=43) e dos acidentes vasculares encefálicos hemorrágicos 25% (n=35). A literatura também mostra que os motivos que levaram à internação na UTI foram as doenças infecciosas (28%) e as neurológicas em (25%); e dentre as doenças neurológicas prevalentes estão o acidente vascular encefálico, hemorragia subdural aguda, hemorragia subaracnóidea, traumatismo crânio encefálico; o que vem de encontro ao nosso estudo. É sabido que o Brasil apresenta a segunda maior taxa de mortalidade por acidente vascular encefálico (AVE) no mundo, e esta é a maior causa de morte para os brasileiros acima de 65 anos (GÓIS, VERAS, 2010). No que se refere aos diagnósticos neurológicos, resultado semelhante a este estudo foram encontrados em outras investigações como 29,8% dos pacientes foram internados na UTI por problemas neurológicos. Sabe-se também que as doenças cerebrovasculares, que são de alta prevalência, causam sequelas que levam à limitação da atividade física e intelectual, podendo prejudicar, assim, o autocuidado do idoso, além de gerar elevados custo social e mortalidade (GOMES, 2011; FAVARIN, 2012; LAGE, 2014).

Na maioria dos casos, o câncer, ocorre após os 60 anos. Essa maior incidência no idoso se deve ao fato de que cerca de 80% de todos os cânceres estão relacionados, direta ou indiretamente, ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, sendo, atualmente, a segunda causa de morte no Brasil, logo após as doenças cardiovasculares (GÓIS, VERAS 2010).

Em relação a elevada proporção de tumores cerebrais (33%) acredita-se que seja pelo fato do hospital ser a única unidade terciária que atende exclusivamente tumores neurológicos para toda a rede do DF e entorno, além de atender demandas de outros Estados.

TABELA 5 – DIAGNÓSTICOS NEUROLÓGICOS DE TCE IDENTIFICADOS NA UTI, BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.

DIAGNOSTICO NEUROLÓGICO	CLASSIFICAÇÃO DO TCE	Total	%
TCE	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	6	14%
	ATROPELAMENTO	11	26%
	QUEDA DE ALTURA	3	7%
	QUEDA PRÓPRIA ALTURA	18	42%
	AGRESSÃO FÍSICA	2	5%
	OUTROS	1	2%
	PAB	1	2%
	PAF	1	2%
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>43</b>	<b>100%</b>

Observa-se na Tabela 5 que, em relação ao diagnóstico neurológico de TCE, verifica-se que 42% (n=18) dos idosos são internados devido à queda da própria altura. Estes dados corroboram com os da literatura, onde as causas de traumas físicos em idosos são quedas, queimaduras e acidentes de trânsito (atropelamentos e colisões); onde a incidência de quedas é de cerca de 32% ao ano, sendo que 24% resultam em injúrias que requerem atendimento médico, e em idosos institucionalizados esta incidência chega a 50% ao ano e que o envelhecimento leva a uma maior vulnerabilidade a fatores internos e externos, que predispõem ao risco de morbimortalidade.(CAMPOS, 2007; GÓIS, VERAS, 2010; LANA, 2014).

TABELA 6 – INTERCORRÊNCIAS DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTI, BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	TOTAL	%
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTI	ICS	1	0,7%
	PAV + TRS	1	0,7%
	INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA	1	0,7%
	PAV + ICS + OUTROS	1	0,7%
	SEPSE + PAV + FO	1	0,7%
	SEPSE + PAV + OUTROS	1	0,7%
	OUTRAS COMPLICAÇÕES	5	3,5%
	SEPSE +HD	7	4,9%
	SEPSE	7	4,9%
	PAV	8	5,6%

TRS	9	6,3%
NÃO INFORMADO NO PRONTUÁRIO	100	70,4%

Na Tabela 6, observa-se que a terapia renal substitutiva (TRS) foi a intercorrência mais prevalente (n=9), perfazendo 6,3% seguido da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) 5,6% (n=8) e a sepse 4,9% (n=7). Posteriormente observa-se a presença de mais de uma intercorrência como sepse e hemodiálise 4,9%; sepse e PAV 0,7%.

Estudos mostram que a sepse, também, aparece entre as morbidades mais frequentemente adquiridas, durante a internação; seguido por insuficiência respiratória, pneumonia aspirativa, piora da função renal, insuficiência renal, parada cardiorrespiratória, embolia pulmonar, convulsões, desenvolvimento de úlceras por pressão e choque hipovolêmico. E que durante a internação, também, houve a ocorrência de morbidades isoladas e associadas (FEIJÓ, 2006; CALDEIRA, 2010; FAVARIN, 2012).

### 6.3.Desfecho da internação na UTI

TABELA 7 – DESFECHO NA UTI RELACIONADO AS FAIXAS ETÁRIAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.

	VARIÁVEL	FAIXA ETÁRIA	n	% DO TOTAL DE ALTA
DESFECHO UTI	ALTA	60 – 62	15	16%
		63 – 65	17	18%
		66 – 68	15	16%
		69 – 71	11	11%
		72 – 74	11	11%
		75 – 77	14	15%
		78 – 80	7	7%
		80 OU MAIS	6	6%
	<b>ALTA Total</b>		<b>96</b>	
	ÓBITO	60 – 62	4	9%
		63 – 65	5	11%
		66 – 68	10	22%
		69 – 71	10	22%
		72 – 74	5	11%
		75 – 77	1	2%
78 – 80		6	13%	
80 OU MAIS		5	11%	
<b>ÓBITO Total</b>		<b>46</b>		
<b>Total Geral</b>		<b>142</b>		

Ao analisar o desfecho do idoso internado observa-se que 96 pacientes (68%) tiveram alta da UTI, sendo que destes 18% (n= 17) compreende a faixa etária de 63- 65 anos e 6% (n= 6) de 80 anos ou mais. Em relação ao total de óbitos, 22% (n= 10) destes compreendem igualmente as faixas etárias de 66 a 68 anos, e 69-71 anos.

O estudo vem de encontro com a literatura brasileira onde a mortalidade encontrada situa-se próxima à verificada em estudos brasileiros, com variação de 29,0% a 35,0% (CIAMPONE, 2006; GOMES, 2011). Estudos internacionais relatam que a elevada mortalidade talvez seja em decorrência da associação de diversos fatores, destacando-se além da idade, a existência de estados mórbidos pré-existentes, a doença atual e a gravidade clínica, não se podendo destacar as admissões na UTI de pacientes fora de possibilidades terapêuticas (DOWGNAC, 2001).

#### 6.4. Mandado judicial associado a idade

TABELA 8 – MANDADO JUDICIAL UTILIZADO PARA INTERNAÇÃO EM UTI EM IDOSOS. BRASÍLIA-DF, 2014

	<b>IDADE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Total Geral</b>	<b>% MANDADO JUDICIAL</b>
MANDADO JUDICIAL	60 – 62	1	18	19	4%
	63 – 65	2	20	22	8%
	66 – 68	10	15	25	38%
	69 – 71	6	15	21	23%
	72 – 74	1	15	16	4%
	75 – 77	2	13	15	8%
	78 – 80	3	10	13	12%
	80 OU MAIS	1	10	11	4%
	<b>Total Geral</b>	<b>26</b>	<b>116</b>	<b>142</b>	<b>100%</b>

Em relação a admissão em UTI do idoso por meio de mandado judicial, foi observado na Tabela 8, que a faixa etária que mais utilizou este recurso foi nos intervalos de 66-68 anos (n= 10), 38% seguida da faixa etária de 69-71 anos (n=6), 23 %. Esses resultados não mostram a presunção de que quanto maior a idade, mais difícil é sua admissão na UTI. Porém, estudos sobre esse assunto devem ser realizados para um melhor entendimento.

De uma maneira geral, as pesquisas demonstram que o processo de judicialização da saúde no Brasil enquadra-se em um cenário com dois protagonistas principais, de um lado o órgão de saúde que ainda está profundamente encoberto por burocracia dificultando o acesso

dos usuários às tecnologias já incorporadas nas políticas públicas de saúde, e do outro, encontra-se o setor justiça que desconhece as políticas públicas de saúde e não utiliza de critérios seguros na tentativa de assegurar o direito à saúde aos usuários. Além disso, pacientes sem indicação de permanecer na UTI podem ter o tratamento interrompido por falta de vaga em serviços de menor complexidade (ARAÚJO, 2013; LIMA 2014).

Sabe-se que com a criação regulação de internação em UTI; houve melhoria expressiva na equidade do acesso à internação em UTI pela supressão das influências pessoais e políticas na obtenção de vagas e pela aplicação de critérios de priorização de pacientes segundo a gravidade de seu quadro clínico, porém ainda há muito a ser feito; pois a judicialização do acesso à internação em UTI por meio da expedição de mandados judiciais interfere na alocação de vagas por critério de necessidade. Consiste na intermediação da oferta e da procura de serviços públicos de saúde por meio de centrais de regulação. Contudo, pode também ser interpretada como reação à deficiência no número de vagas e como ação a favor da integralidade da assistência (LIMA, 2014).

#### 6.5. Associações entre as variáveis e testes estatísticos

Para verificar a influência de covariáveis nos modelos ajustados, foram ajustados modelos lineares generalizados, com função de ligação logito (OLIVEIRA, 2011). Desta maneira, foram ajustados três modelos, visando identificar as seguintes relações:

- 1 - A influência da Idade em Diagnóstico,
- 2 - A influência da Idade em Mandado Judicial,
- 3 - A influência de Diagnóstico, Comorbidades e Idades em Desfecho.

TABELA 9 – *p-valor* DOS TESTES DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA AS VARIÁVEIS DIAGNÓSTICO, MANDADO JUDICIAL COM A COVARIÁVEL IDADE, BRASÍLIA, DF, BRASIL, 2014.

VARIÁVEL	COVARIÁVEL	P-VALOR
DIAGNÓSTICO	IDADE	0,06703
MANDADO JUDICIAL	IDADE	0,03382

Verifica-se na Tabela-9, que a idade apresentou p-valor 0,067(6,7%) em relação a Diagnóstico. Utilizando o critério rigidamente, idade não exerce influência em diagnóstico. Porém, o valor apresenta-se perto da fronteira, sugerindo discussões e testes futuros.

A idade apresentou p-valor de 0,033(3,3%) em relação a diagnóstico. Desta maneira, conclui-se que a variável idade é significativa, exercendo influência na variável mandado judicial.

TABELA 10 – *p-valor* DOS TESTES DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA A VARIÁVEL DESFECHO COM AS COVARIÁVEIS DIAGNÓSTICO, COMORBIDADES E IDADE. BRASÍLIA, DF, 2014.

VARIÁVEL	COVARIÁVEL	P-VALOR
DESFECHO	DIAGNÓSTICO	0,09097
	COMORBIDADES	0,6112
	IDADE	0,0319

Na Tabela 10 verifica-se que as covariáveis: diagnóstico, comorbidades e idade apresentaram os p-valores 0,090 (9%), 0,611 (61%) e 0,031 (3,2%), respectivamente, em relação ao desfecho, levando às seguintes conclusões:

- Diagnóstico apresentou valor não significativo, porém abaixo de 10%, sugerindo futuras considerações;
- Comorbidades (p-valor=0,6112) não apresenta relações significativas para a variável desfecho;
- Idade apresentou resultados significativos, demonstrando ser a covariável de maior influência/relação com a variável Desfecho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de saúde voltados para a população idosa é tema frequente na literatura. Com o aumento da expectativa de vida, faz-se necessário uma política de saúde voltada para população idosa; não é só o processo de envelhecer e sim, envelhecer com saúde e qualidade de vida, respeitando o idoso na sua totalidade.

Os resultados do estudo apontam que, à medida que a população envelhece os agravos à saúde aumentam e com isso aumentam as possibilidades de intervenções que requerem, entre outras, internação na UTI.

Pode-se inferir que a população idosa utiliza mais os serviços hospitalares, implicando maior duração do tratamento e recuperação mais lenta devido às comorbidades prévias.

O conhecimento de dados epidemiológicos da população idosa atendida nestas unidades é uma prerrogativa diante do crescente número deste atendimento em UTI. Sendo assim, neste estudo pode-se concluir que os pacientes idosos internados nesta unidade eram predominantemente do sexo masculino, e na sua maioria (37%) provenientes de outra instituição da rede da Secretaria de Estado da Saúde (SES-DF).

Corroborando com os achados na literatura, as doenças crônicas mais prevalentes identificadas foram a HAS e DM. O diagnóstico neurológico principal foi tumor cerebral, por ser esta unidade hospitalar referência para estes casos; seguido de TCE, proveniente da queda da própria altura, seguido de atropelamento. Esta caracterização se faz necessária pois auxilia nas estratégias traçadas e medidas a serem tomadas diante desta população em franco crescimento; medidas estas que vão desde a atenção básica até o nível terciário.

Assim como em vários estudos, a idade não se associou significativamente com maior mortalidade; em relação ao maior tempo de permanência ou não na UTI, não pôde ser verificado, uma vez que a base de dados secundárias não fornecia estas informações com precisão, devido à falta de exames laboratoriais comprobatórios das intercorrências e/ou complicações durante a internação. Pode-se apenas inferir que as complicações citadas podem sim, ter aumentado o tempo de permanência na unidade quanto no desfecho dentro da UTI. Em relação ao uso da judicialização para obtenção da vaga em UTI, a faixa etária de idosos que precisaram utilizar deste recurso foi a de 66-68 anos de idade.

A existência de unidades de tratamento intermediário, também denominadas semi-intensivas, facilitam a gestão do serviço, no sentido de racionalizar o uso dos leitos, particularmente, das unidades críticas, otimizando custos e favorecendo o bem-estar do cliente,

uma vez que, na maioria dos casos, permitem a permanência do acompanhante, e as visitas são mais liberadas.

Conclui-se então que o estudo pode contribuir para o planejamento de estratégias voltadas para a linha de cuidado da pessoa idosa, perpassando pela atenção básica até a alta complexidade, incluindo internação em UTI, respeitando suas necessidades e particularidades. Este é um desafio para a equipe de saúde que assiste o idoso na UTI; compreender sua complexidade, a relação entre suas doenças crônicas bem como o papel da unidade diante desta situação.

Sugere-se a realização de novos trabalhos para ampliar esta caracterização da população idosa e melhorar o processo de trabalho dentro da UTI.

Tendo em vista a natureza do estudo, considerou-se uma das limitações mais importantes a precariedade dos dados secundários.

### **Sugestões**

- Este trabalho será apresentado na unidade onde foi feita a coleta de dados para que os servidores conheçam a população que atendem;
- Será encaminhado as conclusões deste trabalho, aos órgãos competentes para que os dados possam auxiliar em novos planejamentos de atenção à saúde voltada para o idoso na Unidade de terapia intensiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, K.; COSTA, E.; GROVER, A.; CAMELO, A. SANTOS JUNIOR, R. **Características clínico-epidemiológicas de adultos e idosos atendidos em unidade de terapia intensiva pública da Amazônia (Rio Branco, Acre)**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva Vol. 19 N° 3, Julho-Setembro, 2007.
- ALMEIDA, A.B.A., AGUIAR, M. G. G. **O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética**. Rev. Bioét. [periódico online]. 2011 [acesso 2016 dez 15];19(1):197-217. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/615/632](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/615/632).
- AMANTE, L. N., ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta**. Rev. Esc. Enfermagem USP, 2009; 43 (1): 45-64.
- ARAÚJO, L. M, et al. **Judicialization health: a review of the literature**. Portuguese Ver. Enferm UFPI. 2013. Apr-Jun;2(2):49-54.).
- AZEVEDO, L. M.; OLIVEIRA, K. M.V; NUNES, V. M. A.; et. al. **Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal/RN** . J. res.: fundam. care. Online 2014. abr./jun. 6(2):485-492.
- BONFADA, D. **Gasto com internação de idosos em unidades de terapia intensiva. Natal-NR, 2015. 107f. . il. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal- NR, 2015.**
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL, MS. Lei 8842, de 04 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**: cria o Conselho Nacional do Idoso e da outras providências. Brasília, 1994.
- BRASIL, MS. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998**. Estabelece os critérios de classificação entre as diferentes unidades de tratamento intensivo. Brasília-DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso: Portaria nº 1395**. Brasília: MS; 1999.
- \_\_\_\_\_. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Diário Oficial da União, 02 de outubro de 2003.
- \_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acessado em 04/06/2016.

- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico do sistema de informação hospitalar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

- CALDAS, C. P.; et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. J Bras. Econ. Saúde 2015;7(1): 62-69.

- CALDEIRA, V.M.H.; et al. **Artigo original: Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade**. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(5):528-4.

- CAMPOS, J. F. S.; et al. **Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base**. Arq. Ciências da Saúde 2007 out-dez;14(4):193-7.

- CASTRO, S.H.R. **Judicialização da Saúde**. Rev. TCEMG, edição especial. Belo Horizonte, 2016, p. 130-134.

- CIAMPONE, J.T. et al. **Artigo original: Necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos**. Acta Paulista de Enfermagem, 2006; 19(1): 28-35

- CONSENSUS – **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, ano IV, número 10, janeiro, fevereiro e março de 2014. Disponível em [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br) [acesso em 20 abr. 2015].

- DINIZ, D.; MACHADO, T. R. C.; PENALVA, J. A Judicialização da Saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, 19(2): 591-598, 2014.

- DISTRITO FEDERAL, Brasil. Câmara Legislativa. Lei Orgânica do Distrito Orgânica do Distrito Federal. (2008). CLDF, 272.

- DOWGNAC, A; ANDRESEN, M; RABAGLIATI, R. **Mortality in na intensive care unit: predictive value of APACHE II severity store versus maximum APACHE**. Rev. Med. Chile, 121:52-58, 2001.

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

- FEIJÓ, C.A.R., et al. **Morbidade do idoso internado na Unidade de terapia intensiva de hospital universitário de Fortaleza**. Revista Brasileira de Medicina Intensiva, vol. 18, n. 3, julho-setembro, 2006.

- HULLEY, S. B.; et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. **Sinopse do censo demográfico 2014 do Distrito Federal (DF)**, 2014. Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: - <http://www.informacoedobrasil.com.br/dados/distritofederal/sinopse-censodemografico-2014>
- GÓIS, A. L.B.; VERAS, R.P. **Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Ciência& Saúde coletiva, 15(6): 2859-2869, 2010.
- GOMES, G. B.; GOMES, V. R. R. **Perfil do idoso internado em UTI no interior paulista**. Pensamento Plural: Revista Científica do UNIFAE, São João da Boa Vista, v.5, nº 2, 2011.
- GOMES, J. C.; et al. **Crítérios de admissão em UTI e avaliação de prognóstico de paciente idoso**. Rev. Enfermagem Revista, V. 18. Nº 01. Jan/Abr. 2015.
- GUERRA, M. **Modelo de alocação de recursos do sistema único de saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade**. 2013. 150f. il. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, 2013.
- Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. **Task force of the American College of Critical Care Medicine**, Society of Critical Care Medicine, 1999, Mar; 27 (30; 633-8]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10199547>.
- KUCHEMAN, B. A. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas, novos desafios**. Revista Sociedade e Estado - Volume 27 Número 1 - Janeiro/Abril 2012.
- LAGE, J. S.S.; et al. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. REME: Rev. Min. Enferm. 2014 out/dez; 18(4): 855-860
- LANA, L. D.; SCHNEIRDER, R. H. **The frailty syndrome in elderly: a narrative review**. Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2014; 17(3):673-680.
- LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. **Artigo de revisão - Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento**. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4):189-201
- LIMA, D. H. **Regulação de acesso à internação em UTI: análise pela teoria da inovação em serviços**. DOI <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v11i3.2098>. RAHIS, 2014 - revistas.face.ufmg.br. Rev. de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde.
- MARTIN, G. B.; CORDONI, J. L., BASTOS, Y.G.L.; SILVA, P. V. **Assistência hospitalar a população idosa em cidade do sul do Brasil**. Epidemiologia Serv. Saúde. 2006;15(1):59-65.
- MARTINS, J. J; NASCIMENTO, E. R. P. **Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI**. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 34, no. 2, de 2005.
- MENDES, M.R.S.S.B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M.; LEITE, R.C.B.O. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta Paul Enferm.; vol.18, no.4, 2005.

- MORTON, P.G., FONTAINE, D.K., HUDAK, C.M., GALLO, B.M. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Koogan; 2007.
- OLIVEIRA, V.C.R. et al. **Evolução Clínica de adultos, idosos e muito idosos internados em unidade de terapia intensiva**. Revista Latino-Am. Enfermagem [online]. 2011, vol.19, n.6, pp. 1344-1351.
- OLIVEIRA, L. S. **Seleção de covariáveis para ajuste de regressão logística na análise da abundância de invertebrados edáficos em diferentes agroecossistemas**. Dissertação de Mestrado, UFV, MG, Brasil, 2011.
- OLIVEIRA, A. S. **Envelhecimento Populacional e o Surgimento de Novas Demandas de Políticas Públicas em Viana/ES**, Páginas de 58 a 75. Revista do Programa de Pós Graduação em Geografia UFES Janeiro-Julho, 2015. ISSN 2175 -3709.
- Plano de Saúde 2016-2019 - **Versão aprovada conforme Resolução CSDF N°457**, de 05 de abril de 2016. <http://www.saude.df.gov.br/planejamento/planos-de-saude/plano-de-saude-2016-2019.html>. Acessado em 02 de fevereiro de 2017.
- PEDREIRA, L. C.; BRANDÃO, A. S.; REIS, A. M. **Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2013. Mai-jun, 429-436.
- PEDROSA, I. L. **Construção de um instrumento de avaliação prognóstica para idosos em unidade de terapia intensiva**. 2014, 115f. il. Tese (Doutorado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
- PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. **Características sócio demográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set-out. 2011 [acesso em: 23/04/2015];19(5):[09 telas]. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- PIUVEZAM, G.; et al. **Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte**. Cad. Saúde Colet., 2015, Rio de Janeiro, 23 (1): 63-8
- REIS, C. S. et al. **Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS**. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.591-612, set./dez. 2016.
- ROCKER, G. **Controversial issues in critical care for the elderly: a perspective from Canada**. Crit Care Clin. 2003; 19(4): 811-25.
- ROSANELLI, C. S.; RAMBO, E. V. et al. **The care provided by nursing in the ICU under perspective of patients – systematic review**. Rev. enferm UFPE on line. 2011 jul.;5(5):1272-279.
- SANTOS, J.R.; BARROS, M. D. **Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar**. Epidemiol. Serv Saúde. 2008;17(3):177-86.

- SANTOS, L. Unidade 2 – **Judicialização da saúde**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro UNA-SUS/UERJ. 2012. Acessado em 20/05/2017. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2118>.
- SCHEIN, L. E. C.; JURACI, A.C. **Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda**. Faculdade de Medicina da Universidade 290Rev Bras. Epidemiol 2010; 13(2): 289-301.
- STEIN, F. C. et al. **Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Terapia intensiva, 2009; 21(3): 255-261.
- SES-DF-Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portal da Saúde**. Brasília. [acesso em 2 fev. 2017]. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais.html>.
- SILVA, I. **Prevalência de quedas em indivíduos com idade superior a 60 anos**. [ Trabalho de conclusão de curso] graduação em fisioterapia, UNISUL, 2005.
- SILVA, M.E., CRISTIANISMO, R.S., DUTRA, L.R., et al. **Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados**. Rev. Enferm. Centro. Oeste. Mineiro. 2013 jan/abr; 3(1):569-576.
- SOBRATI. História da UTI. Disponível em [www.medicinaintensiva.com.br/history.htm](http://www.medicinaintensiva.com.br/history.htm). Acessado em 12/12/2016.
- SOUZA, M. N. A. et. al. Epidemiologia das internações em uma unidade de terapia intensiva. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p. 178-186, jul./dez. 2014.
- TOLIFE. **Hospital de Base de Brasília**. Disponível em: <<http://www.tolife.com.br/case/hospital-de-base-de-brasil-ia-df/>>. Acesso em: 2 de fevereiro de 2017.
- VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. E. Judicialização da Saúde, acesso a justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [ 1 ]: 77-100, 2010.
- VERAS, R. **Modelos contemporâneos no cuidado à saúde**. Revista USP, São Paulo, n. 51, p. 72-85, setembro-novembro, 2007.
- VIANA, R. A.; et. al. **Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2014. Jan-Mar; 23(1): 151-9.
- VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido**. Rev. Latino-americana de Enfermagem 2002, mar-abril; 10(2):137-44.
- VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (2005).

-WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**, OMS, 2015.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health and Aging**. October 2011.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

Ficha nº: \_\_\_\_\_

1- Sexo: 1-M ( ) 2- F ( )

2- Procedência: \_\_\_\_\_

3- Atividade laboral/ocupação:

1-( ) aposentado, 2-( ) trabalha, 3-( ) não informado

4- Estado civil:

1-( )Solteiro/a, 2-( )Casado/a, 3-( )Viúvo/a, 4-Separado/a, 5-( )não informado

5- Número de filhos:

1- ( ) 1 filho, 2-( ) 2 a 4 filhos, 3-( )  $\geq 5$  filhos, 4-( ) não informado

6- Idade:

1-( ) 60 a 62 anos, 2-( ) 63 a 65 anos, 3-( ) 66 a 68 anos, 4-( ) 69 a 71 anos,

5-( ) 72 a 74 anos, 6-( ) 75 a 77 anos, 7-( ) 78 a 80 anos, 8-( )  $> 80$  anos

7-Comorbidades:

1-HAS ( ),

2-DM ( ),

3-doenças auto imunes ( ),

4-queda com fratura nos últimos seis meses ( ),

5-problemas respiratórios( ),

6-câncer ( ),

7-outros( ) \_\_\_\_\_,

8-HAS+DM( ),

9- sepse+PAV+FO( ),

10- PAV+ICS+outros( ),

11- IRA+outros( ),

12- Sepse+PAV+ outros( ),

13- PAV+HD( )

8- Acesso ao serviço médico:

1- ( ) fazia acompanhamento médico,

2- ( ) não fazia acompanhamento Médico,

3- ( ) não informado no prontuário

9- Uso de medicação de uso contínuo:

1- ( ) não,

2- ( ) sim. Qual: \_\_\_\_\_,

3- ( ) não informado

**10- Porta de entrada no hospital:**

- 1- PS – trauma( ),
- 2- PS- neurocárdio( ),
- 3- Centro cirúrgico( )
- 4- Enfermaria( ),
- 5- outra UTI do seu hospital( ),
- 6- Outra unidade hospitalar ( )\_\_\_\_\_

**11- Motivo da Internação na UTI:**

- 1- ( ) clínico/conservador,
- 2- ( ) cirúrgico,
- 3- ( ) pré- operatório

**12- Diagnóstico neurológico:**

- 1- TU cerebral( ),
- 2- AVE H ( ),
- 3- AVE I ( ),
- 4- TCE ( ),
- 5- HSAE por aneurisma ( )

**12.4 - Se TCE:**

- 1- queda própria altura( ),
- 2- queda de altura ( ),
- 3- atropelamento ( ),
- 4- ac Automobilístico( )
- 5- ac. Trabalho( )
- 6- outro( ) \_\_\_\_\_,
- 7- PAB( ),
- 8- agressão física ( ),
- 9- PAF ( )

**12.4.4- Se ac. Automobilístico qual:**

- 1- colisão carro X carro ( ),
- 2- colisão carro X moto ( ),
- 3- colisão carro X ponto fixo ( ),
- 4- carro X bicicleta ( ),
- 5- moto X moto ( ),
- 6- outro ( )\_\_\_\_\_

**13- Complicações durante a internação na UTI:**

- 1-não ( ), 2-sim( ), 3-não informado ( )

**14-Qual o tipo de intercorrência:**

- 1-Sepsis ( ),
- 2-infecção de ferida operatória ( ),
- 3-lesão por Pressão ( ),
- 4-PAV ( ),
- 5-ICS ( ),
- 6-TRS( ),

- 7- outras \_\_\_\_\_,
- 8- sepse+HD ( ),
- 9- sepse+PAV+FO ( ),
- 10- PAV+ICS+outros ( ),
- 11-IRA+outros ( ),
- 12-Sepse+PAV+outros ( ),
- 13) PAV+HD ( )

**15-** Esta complicação aumentou o tempo de internação:

- 1) não ( ), 2) sim ( ), 3-não informado ( )

**16-** Desfecho na UTI:

- 1-alta ( ), 2-óbito ( )

**17-** Alta:

- 1-interna( ) : 1- enfermaria ( ),  
2-outra UTI do hospital ( )

- 2- externa ( ) : 1-outra UTI da rede ( ),  
2-hospital de origem da rede ( ),  
3-outro hospital ( ),  
4-não informado ( )

**18-** Grau de dependência após a internação na UTI (de acordo com o prontuário Eletrônico):

- 1- totalmente dependente ( ),
- 2- parcialmente dependente ( ),
- 2- totalmente independente ( )
- 4- não informado no prontuário

**21-** Mandado judicial:

- 1- ( ) sim, 2-( ) não

## APÊNDICE B – Codificações das variáveis

### CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

SEXO	1. MASCULINO
	2. FEMININO
PROCEDÊNCIA	1. DISTRITO FEDERAL - CEILÂNDIA
	2. GOIÁS
	3. MINAS GERAIS
	4. DISTRITO FEDERAL - SOBRADINHO
	5. NÃO INFORMADO-PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
	6. DISTRITO FEDERAL - SAMAMBAIA
	7. DISTRITO FEDERAL - PLANO PILOTO
	8. DISTRITO FEDERAL - SANTA MARIA
	9. DISTRITO FEDERAL - PARANOÁ
	10. DISTRITO FEDERAL - PLANALTINA
	11. DISTRITO FEDERAL - GAMA
	12. DISTRITO FEDERAL - TAGUATINGA
	13. DISTRITO FEDERAL - SÃO SEBASTIÃO
	14. SÃO PAULO
	15. DISTRITO FEDERAL - GUARÁ
	16. BAHIA
	17. DISTRITO FEDERAL - RIACHO FUNDO
	18. DISTRITO FEDERAL - LAGO NORTE
	19. DISTRITO FEDERAL - CANDANGOLÂNDIA
	20. DISTRITO FEDERAL - ÁGUAS CLARAS
	21. DISTRITO FEDERAL - RIACHO FUNDO II
	22. DISTRITO FEDERAL - SUDOESTE/OCTOGONAL
	23. DISTRITO FEDERAL - VARJÃO
	24. DISTRITO FEDERAL - PARK WAY
ATIVIDADE LABORAL	1. APOSENTADO
	2. TRABALHA
	3. NÃO INFORMADO -PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
	4. PENSIONISTA
ESTADO CIVIL	1. SOLTEIRO (A)
	2. CASADO (A)
	3. VIÚVO (A)
	4. SEPARADO (A)
	5. NÃO INFORMADO -PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
NÚMERO DE FILHOS	1. 0 – 1
	2. 2 – 4
	3. 5 OU MAIS
	4. NÃO INFORMADO -PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
	5. NÃO TEM FILHOS

IDADE	1. 60 – 62
	2. 63 – 65
	3. 66 – 68
	4. 69 – 71
	5. 72 – 74
	6. 75 – 77
	7. 78 – 80
	8. 80 OU MAIS
COMORBIDADES	1.HAS
	2.DM
	3.DOENÇAS AUTOIMUNES
	4.QUEDA COM FRATURA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES
	5.PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
	6.CÂNCER NÃO NEUROLOGICO
	7.OUTROS
	8.HAS + DM
	9.NÃO INFORMADO -PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
	10. NEGA
	11. HAS+HD
ACESSO AO SERVIÇO MÉDICO	1. FAZIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO
	2. NÃO FAZIA ACOMPANHAMENTO MÉDICO
	3. NÃO INFORMADO - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO	1. NÃO
	2. SIM
	3. NÃO INFORMADO-PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
PORTA DE ENTRADA NO HBDF	1. PS – CENTRO DE TRAUMA
	2. PS – CENTRO NEUROCARDIOVASCULAR
	3. CENTRO CIRÚRGICO
	4. ENFERMARIA
	5. OUTRA UTI DE SEU HOSPITAL
	6. OUTRA UNIDADE HOSPITALAR
MOTIVO DE INTERNAÇÃO NA UTI	1. CLÍNICO/CONSERVADOR
	2. CIRÚRGICO
	3. PRÉ-OPERATÓRIO
DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO	1. TUMOR CEREBRAL
	2. AVE-H
	3. AVE-I
	4. TCE (UTILIZAR CLASSIFICAÇÃO A SEGUIR)
	5. HSAE POR ANEURISMA
	6. OUTRO DIAGNÓSTICO NÃO NEUROLÓGICO
	7. DRENAGEM HSDC SEM QUEDA ESPECIFICADA

TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO	1. QUEDA PRÓPRIA ALTURA
	2. QUEDA DE ALTURA
	3. ATROPELAMENTO
	4. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
	5. ACIDENTE DE TRABALHO
	6. OUTROS
	7. PAB
	8. AGRESSÃO FÍSICA
	9. PAF
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	1. COLISÃO CARRO X CARRO
	2. COLISÃO CARRO X MOTO
	3. COLISÃO CARRO X PONTO FIXO
	4. CARRO X BICICLETA
	5. MOTO X MOTO
	6. OUTROS
COMPLICAÇÕES – INTERNAÇÃO NA UTI	1. NÃO
	2. SIM
	3. NÃO INFORMADO - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
TIPOS DE INTERCORRÊNCIAS	1. SEPSE
	2. INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA
	3. LESÃO POR PRESSÃO
	4. PAV
	5. ICS
	6. TRS
	7. OUTRAS COMPLICAÇÕES
	8. SEPSE +HD
	9. SEPSE + PAV + FO
	10.PAV + ICS + OUTROS
	11.IRA+OUTROS
	12.SEPSE + PAV + OUTROS
	13.PAV + HD
AUMENTO DO PERIODO DE INTERNAÇÃO POR COMPLICAÇÕES	1. NÃO
	2. SIM
	3. NÃO INFORMADO - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
DEFECHO NA UTI	1. ALTA
	2. ÓBITO
ALTA INTERNA DA UTI	1. ENFERMARIA
	2. OUTRA UTI DO HBDF
ALTA EXTERNA DA UTI	1. OUTRA UTI NA REDE
	2. HOSPITAL DE ORIGEM NA REDE
	3. OUTRO HOSPITAL
	4. NÃO INFORMADO -PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

GRAU DE DEPENDENCIA APÓS INTERNAÇÃO NA UTI	1. TOTALMENTE DEPENDENTE
	2. PARCIALMENTE DEPENDENTE
	3. TOTALMENTE INDEPENDENTE
	4. NÃO INFORMADO -PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
MANDADO JUDICIAL	1. SIM
	2. NÃO

## ANEXOS

### **ANEXO A- Portaria Nº 200, de 06 de agosto de 2015: Preve os critérios de admissão em UTI**

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X, do art. 448, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e

Considerando que é função do Estado estabelecer políticas públicas de saúde;

Considerando que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais e equipamentos específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

Considerando que o uso eficiente das UTI's tem se tornado uma primazia frente às recentes mudanças no ambiente de cuidados à saúde, objetivando assim a maximização dos recursos disponíveis;

Considerando o paciente grave como aquele com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de assistência contínua;

Considerando que as UTI's devem ser reservadas para aqueles pacientes com condições clínicas reversíveis, susceptíveis de se beneficiarem dos cuidados intensivos e que tenham perspectiva de recuperação;

Considerando que apenas o uso do diagnóstico como parâmetro de indicação de admissão na UTI não permite eleger com segurança os pacientes com chances de se beneficiarem da internação na UTI;

Considerando que a utilização apropriada e racional dos recursos de Terapia Intensiva é de fundamental importância para a adequação dos gastos relacionados à saúde;

Considerando que a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010/ANVISA, recomenda que os critérios para admissão e alta de pacientes em UTI devam ser registrados, explicitados e amplamente divulgados para toda a instituição;

Considerando que a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010/ANVISA, prevê e define a UTI como área crítica destinada à internação de pacientes graves que requerem atenção especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

Considerando as UTI's especializadas da Rede SES/DF: UTI Materna, UTI Coronariana, UTI Cirúrgica e UTI Neurotrauma;

Considerando que cada UTI deve definir e publicitar o escopo de serviços e a população de pacientes atendidos em conformidade com as diretrizes da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC) da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF);

Considerando que a introdução de políticas para a implementação de critérios de admissão e alta em UTI norteia e respalda os profissionais que prestam regularmente serviços aos pacientes de UTI;

Considerando que a introdução de critérios de admissão nas UTI's permite eleger os pacientes com maiores chances de se beneficiarem do tratamento intensivo;

Considerando a necessidade de revisão das diretrizes e critérios de admissão e alta em UTI descritos na Portaria SES/DF nº 42, de 31 de agosto de 2006;

Considerando o Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage, publicado pela Society of Critical Care Medicine;

Considerando que a revisão dos critérios de admissão e alta em UTI deve ser baseada em consensos e diretrizes reconhecidos pela comunidade científica da área afim, RESOLVE:

Art. 1º Divulgar os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), constantes no ANEXO I;

Art. 2º A unidade solicitante, definida como o estabelecimento assistencial de saúde vinculado ao SUS, responsável por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares, deverá assegurar a adequada triagem de pacientes, baseada nos critérios de admissão e alta em UTI e UCIN, no momento da solicitação da internação hospitalar;

Art. 3º A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) deverá utilizar os critérios dispostos no ANEXO I desta portaria, para a adequada priorização dos pacientes, bem como considerar suas necessidades clínicas e o perfil assistencial de cada unidade hospitalar da rede SES/DF;

Art. 4º Determinar que o responsável técnico médico/coordenador/chefe e supervisor de enfermagem das UTIs subsidiem a equipe da CRIH na regulação dos pacientes, quando assim a situação exigir;

Art. 5º Estabelecer a Diretoria de Regulação (DIREG) como o setor responsável pela divulgação dos critérios listados no ANEXO I à equipe da CRIH;

Art. 6º Estabelecer que a Diretoria de Assistência Especializada (DIASE) é responsável pela divulgação dos critérios listados no ANEXO I às equipes das unidades solicitantes e executantes da Rede SES/DF;

Art. 7º Definir que os critérios citados deverão ser revisados pelas Coordenações Técnicas das Unidades de Terapia Intensiva da SES/DF sempre que necessário ou a cada 3 (três) anos;

Art. 8º Fica revogada a Portaria SES/DF nº 42, de 31 de agosto de 2006, e as demais disposições contrárias;

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

**FABIO GONDIM PEREIRA DA COSTA**

## **ANEXO I - CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA**

### **I. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICA:**

Os critérios listados abaixo estão definidos com base no modelo de **PRIORIZAÇÃO**, o qual permite identificar: a) pacientes que mais serão beneficiados da admissão imediata na UTI; e b) pacientes que não serão beneficiados pela terapia intensiva, seja pela condição clínica que não justifica a necessidade de UTI ou ausência de perspectiva terapêutica.

#### **CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO:**

**PRIORIDADE 01** – Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.

#### **CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:**

##### **CARDIOVASCULAR**

Infarto Agudo do Miocárdio complicado e Killip  $\geq 2$ ; Choque cardiogênico; Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e/ou intervenção aguda; Insuficiência Cardíaca Congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; Emergências hipertensivas sem estabilização à conduta inicial; Angina instável complicada com arritmias e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Parada cardiorrespiratória pós-reanimação com ou sem indicação de hipotermia terapêutica em paciente sem presença de doença terminal ou irreversível; Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; Aneurisma dissecante da aorta com diagnóstico confirmado ou presumido; Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos com necessidade de marcapasso temporário.

##### **RESPIRATÓRIO**

Pacientes clínicos ou cirúrgicos com Insuficiência Respiratória Aguda necessitando de ventilação mecânica invasiva; Broncoespasmo que demande broncodilatador venoso contínuo; Edema Agudo de Pulmão requerendo suporte ventilatório; Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; Hemoptise maciça.

##### **NEUROLÓGICO**

Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico nas primeiras 4h30 de evolução e com indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow  $\leq$  a 8 pontos e/ou com indicação de tratamento cirúrgico; 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; Trauma crânio encefálico grave; Vasoespasmo cerebral; Convulsão de difícil controle; Morte encefálica de paciente doador de órgãos.

## GASTRINTESTINAL

Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; Insuficiência hepática fulminante; Pancreatite grave; Perfuração esofágica com ou sem mediastinite.

## RENAL

Insuficiência renal aguda com urgência dialítica, associada a doenças ou condições agudas graves, clínicas ou cirúrgicas (ex.: edema agudo de pulmão, hipercalemia, rebaixamento do nível de consciência, choque).

## ONCOHEMATOLÓGICO

Síndrome de lise tumoral.

## ENDÓCRINO/METABÓLICO

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.

## GINECO-OBSTÉTRICO

Eclampsia/Pré Eclampsia Grave; Síndrome HELLP; Esteatose Aguda da Gravidez; Embolia por Líquido Amniótico; Hemorragias Pré e Pós Parto; Síndrome de Hiperestimulação Ovariana.

## OUTROS

Choque ou instabilidade hemodinâmica sob infusão contínua de drogas vasoativas; Sepses Grave, Choque Séptico; Choque Anafilático; Hipertermia maligna; Politraumatizados; Coagulação Intravascular Disseminada.

PRIORIDADE 02 – Inclui pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para estes pacientes.

## CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

### CARDIOVASCULAR

Infarto Agudo do Miocárdio não complicado e/ou Killip 1; Arritmias agudas sem instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização contínua; Insuficiência cardíaca congestiva sem necessidade de suporte hemodinâmico ou ventilatório; Angina instável sem complicações e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Tamponamento cardíaco com estabilidade hemodinâmica; Bloqueio cardíaco sem repercussão hemodinâmica; Embolia pulmonar com estabilidade hemodinâmica;

## RESPIRATÓRIO

Desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo; DPOC descompensada necessitando ventilação não invasiva.

## NEUROLÓGICO

AVE isquêmico com Glasgow entre 9 e 13 e/ou sem indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow entre 9 e 13 sem indicação de tratamento cirúrgico; Hemorragia intracraniana sem alterações da consciência ou risco de herniação; Meningite sem alteração do estado mental ou comprometimento respiratório.

## GASTRINTESTINAL

Hemorragia digestiva sem sinais de choque requerendo monitorização contínua.

## RENAL

Insuficiência renal aguda sem urgência dialítica.

## ENDÓCRINO/METABÓLICO

Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base sem complicações; coma mixedematoso com estabilidade hemodinâmica.

## GINECO-OBSTÉTRICO

Cardiopatia e Gravidez; Cardiomiopatia Periparto; Pré Eclampsia; Doença Tromboembólica do Ciclo Grávido Puerperal.

## OUTROS

Sepse sem instabilidade hemodinâmica.

PRIORIDADE 03 – Inclui pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da sua doença aguda e/ou presença de comorbidades. Esses pacientes podem ter limites e/ou esforços terapêuticos estabelecidos como a não intubação ou a não-reanimação cardiopulmonar.

## CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

### ONCOHEMATOLÓGICO

Pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção; Neoplasias sem perspectivas terapêuticas.

### NEUROLÓGICO

AVE isquêmico em paciente com sequelas prévias e/ou portador de comorbidades graves sem indicações de intervenções agudas.

PRIORIDADE 4: Inclui pacientes que apresentam pouco ou nenhum benefício com a internação em UTI. Em regra, o tratamento intensivo não é recomendado para esses pacientes e, por isso deverão ser retirados da lista de espera por UTI pela CRIH. Podem ser classificados como:

PRIORIDADE 4A – Pacientes com pouco ou nenhum benefício da admissão em UTI, devido à condição clínica não justificar internação em terapia intensiva. São aqueles pacientes que apresentam baixo risco de descompensação ou baixa necessidade de intervenção.

## CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

### VASCULAR

Cirurgia vascular periférica

### ENDÓCRINO/METABÓLICO

Cetoacidose diabética hemodinamicamente estável.

### CARDIOLÓGICO

Insuficiência cardíaca congestiva leve.

### RESPIRATÓRIO

DPOC sem agudização do quadro.

### OUTROS

Overdose de drogas consciente; pacientes aguardando cirurgias eletivas com indicação de UTI no pós-operatório imediato.

PRIORIDADE 4B: Pacientes em terminalidade ou com doença irreversível diante da morte iminente. São aqueles que a condição clínica não justifica a necessidade de UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica.

## CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

### NEUROLOGICO

Danos graves irreversíveis do cérebro; morte encefálica de não doadores de órgãos.

### ONCOHEMATOLÓGICO

Câncer metastático que não responde à quimioterapia e/ou radioterapia.

### OUTROS

Disfunção multiorgânica irreversível; estado vegetativo persistente; pacientes que são permanentemente inconscientes; pacientes com capacidade de decisão para recusar cuidados intensivos e/ou monitorização invasiva e que recebem apenas cuidados de conforto (cuidados paliativos).

**OBSERVAÇÕES:** a idade, a presença de comorbidades e o escore prognóstico e de disfunção orgânica são maiores nas categorias 3 e 4. Os pacientes recusados para admissão na UTI apresentam taxa de mortalidade elevada e esta taxa permanece alta entre pacientes prioridades 3 e 4, mesmo quando estes são admitidos na UTI, denotando assim que esta internação não muda seu prognóstico.

## II. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL

Os critérios de admissão em UTI Neonatal e UCIN aqui listados estão em conformidade com a Portaria GM/MS Nº 930 (10/05/2012).

### 1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UTIN

#### INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

-Todos os recém-nascidos (RN) com indicação de suporte ventilatório mecânico (Ventilação Pulmonar Mecânica – VPM) seja por insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica severa.

-A insuficiência respiratória deverá ser avaliada com base no boletim de Silverman-Anderson sendo considerada como moderada ou grave a partir do score maior 4.

-A indicação de VPM deverá ser considerada pela caracterização da insuficiência respiratória em conjunto com dados gasométricos.

-RN que apresenta apneia neonatal de repetição que não respondeu à utilização de CPAP nasal e Xantinas.

#### INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA

- RN com cianose central isolada ou associada à cianose periférica importantes;

- RN cuja pressão arterial está sustentada por drogas vasoativas;
- RN cuja pressão arterial está sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos;
- RN cuja pressão arterial está: Menor que percentil 10, para peso e idade Maior que percentil 90, para peso e idade.
- RN com alterações de ritmo e/ou frequência cardíaca, observada em ECG, monitor cardíaco ou clinicamente, e que estejam comprometendo estado hemodinâmico;

#### AGRAVOS NEUROLÓGICOS

- Convulsões subentrantes;
- Asfixia perinatal grave;

#### OUTROS

- RN submetido a procedimento cirúrgico de qualquer porte, até completa estabilização respiratória e hemodinâmica;
- RN com peso inferior a 1250g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- RN que necessite de diálise peritoneal.
- RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

#### 2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO UCIN CONVENCIONAL

- RN que ainda necessite de observação e cuidados especiais após a alta da UTIN;
- RN com desconforto respiratório ou apneia que não necessite de assistência ventilatória mecânica; mas requeira monitorização constante e/ou algum tipo de suporte respiratório como CPAP nasal, capacete tipo HOOD ou oxigênio inalatório (livre ou em cateter);
- RN que necessite de acesso venoso para infusão contínua de glicose, eletrólitos e alimentação parenteral em transição;
- RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguíneo transfusão;
- RN que necessite realizar procedimento de exsanguíneo transfusão;
- RN com peso superior a 1250g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- RN submetido a procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, estável clinicamente, durante o pós-operatório imediato.

- RN anoxiado com risco de convulsões nas primeiras 24 horas de vida
- RN com malformações graves e estabilidade cardiorrespiratória, em espera de cirurgia;
- RN com cardiopatias compensadas sem possibilidade de permanência em alojamento conjunto e sem indicação de UTIN.
- RN com labilidade clínico-laboratorial, mas que não se encaixam nos critérios de UTIN.

### III. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI ADULTO E PEDIÁTRICA

O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos.

#### SÃO CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI

O Resolução da doença ou da instabilidade fisiológica que motivou a internação, como:

- Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza.
- Estabilidade respiratória com dependência de ventilação mecânica invasiva, traqueostomizado, sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação quando houver indicação para o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade “Home Care”.
- Quando a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não se fizer mais mandatória.

O Morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;

Os Pacientes que preenchem os critérios de admissão nas Unidades de Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrica, conforme estabelecido na Portaria nº 70, de 04 de Abril de 2013.

O Necessidade de promoção apropriada dos cuidados paliativos e ortotanásia, dentro dos valores e preferências dos pacientes e familiares.

O Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em Unidades de Cuidados Semi-Intensivos ou Unidades de Enfermaria, quando disponíveis.

### IV. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI NEONATAL

O estado clínico do paciente admitido na UTIN deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos. Assim, são critérios de alta:

#### 1- UTI neonatal

- Quando o estado clínico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária ou pode ser executada em níveis de menor complexidade;

- Quando o estado clínico do paciente deteriorou e intervenções ativas não são mais planejadas, aplicando-se o princípio bioético de não maleficência;

- Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTIN, serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Intermediários. Eles podem progredir diretamente para Alojamento conjunto, domicílio ou Unidade de Pediatria, conforme o caso. Os critérios de alta da UTIN devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCIN, quando disponíveis.

## 2- UCIN CONVENCIONAL

- RN estáveis, em condições para progredir para UCIN Canguru, Alojamento Conjunto ou alta hospitalar.

- Critérios de progressão para leito de UCIN Canguru:

- RN com peso maior do que 1250g e curva ponderal ascendente.

- RN em uso de sonda orogástrica ou nasogástrica para alimentação, já iniciando sucção no seio materno.

- RN em nutrição enteral plena e estáveis clinicamente.

- RN com patologias crônicas/neurológicas graves com dificuldade de sucção/deglutição e agendados para avaliação da necessidade de gastrostomia e/ou suporte nutricional via sonda enteral, com a mãe devidamente treinada para a manipulação da sonda e administração da dieta.

- RN estáveis, em tratamento com antimicrobiano para infecções congênicas específicas e inespecíficas.

## V. SITUAÇÕES ESPECIAIS EM NEONATOLOGIA

Visam estabelecer os parâmetros de internação e/ou transferência de pacientes neonatais, que após longa internação em UTI neonatal, passam à faixa de peso e idade de pacientes pediátricos e o fluxo de pacientes em pós-operatório tardio, das UTINs cirúrgicas (HBDF, HMIB) para as demais UTINs/UTIPs da rede, dos recém-nascidos com suspeita de indicação cirúrgica e o fluxo de pacientes cardiopatas.

### 1. Critérios de Admissão na Interface Neonatal/Pediátrica:

- Paciente com menos de 28 dias, egresso do domicílio, deve ser atendido no Pronto Socorro da Pediatria. Se houver necessidade de UTI, deverá ser solicitada regulação para UTI neonatal. Inexistindo necessidade de UTI, pode ser internado em enfermaria pediátrica, caso não haja disponibilidade de vaga em UCIN externa.

- Paciente com mais de 28 dias egresso do domicílio e com peso menor do que 2.500g deve ser discutido caso a caso, de acordo com peso, idade gestacional corrigida e a patologia que indicou a sua internação, se será internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Pediátrica.

- Paciente com mais de 28 dias, menos de 2500g e IGPC < 40s+6 dias, PODE retornar a uma UTI/UCI neonatal, após cirurgia cardíaca, neurológica ou pediátrica geral.

- Paciente com mais de 28 dias, mais de 2500g e IGPC > 40s+6 dias, internado na UCIN Externa do HMIB esperando neurocirurgia de Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP), poderá fazer o pós-operatório imediato da DVP na UTI Pediátrica, e retornar depois para a UCIN Externa ou para a enfermaria da pediatria para término de tratamento.

## 2. Fluxo de Pacientes Cirúrgicos:

- Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico cardíaco, têm como referência aguardar leito para o ICDF preferencialmente nos hospitais HMIB, HRT e HRC, porém se o paciente necessitar suporte intensivo e houver falta de vaga nesses hospitais, ele poderá ser direcionado para leito de UTIN no HRS ou HRSM.

- Crianças avaliadas pelo pediatra/neonatologista assistente, nos hospitais ditos secundários, como tendo indicação de procedimento cirúrgico não eletivo, NÃO necessitam de parecer ou contato prévio com a equipe de cirurgia para serem direcionados - a confirmação ou não da cirurgia dar-se-á pelo especialista com o paciente já direcionado, no leito executante;

- Os pacientes com indicações cirúrgicas (não cardiológicas) consideradas eletivas entrarão numa fila única priorizada pela Cirurgia Pediátrica (CIPE), e serão encaminhados para o leito executante (HMIB/HBDF) de acordo com o agendamento da CIPE. Neurocirurgias pediátricas são realizadas somente no HBDF.

- Pacientes neonatais que apresentaram quadro cirúrgico e foram operados no HBDF ou HMIB, após a estabilização do quadro pós-operatório e de acordo com o cirurgião, pode completar seu tratamento em uma UTIN/UCIN de unidade neonatal não cirúrgica.

## 3. Transferência de paciente egresso de UTIN/UCIN para outras Unidades

- Paciente com agravo crônico, internado em UTIN/UCIN desde o nascimento ou antes de haver completado 28 dias de vida, com peso maior do que 2500g e idade gestacional pós-concepcional (IGPC) maior do que 40 semanas e seis dias: após completar 28 dias de vida deverá ser transferido para uma UTI Pediátrica, se dependente de tecnologia (ventilação mecânica), ou para Enfermaria Pediátrica, conforme suas necessidades e suporte profissional existente na unidade;

- Pacientes com mais de 28 dias de vida, IGPC > 40 semanas e 6 dias e com peso maior do que 2500g, de alta da UTI Pediátrica Especializada (HBDF, HMIB ou ICDF): após estabilização de pós-operatório (neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia geral pediátrica e outras) podem ser transferidos para uma outra UTI Pediátrica, mediante solicitação de transferência à CRIH.

## **ANEXO B– RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**

### **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010**

(Publicada em DOU nº 37, de 25 de fevereiro de 2010)

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do Art.11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do Art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU, de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 22 de fevereiro de 2010;

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução.

#### **CAPÍTULO I**

##### **DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

###### **Seção I**

###### **Objetivo**

Art. 2º Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente.

###### **Seção II**

###### **Abrangência**

Art. 3º Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares.

Parágrafo único. Na ausência de Resolução específica, as UTI especializadas devem atender os requisitos mínimos dispostos neste Regulamento, acrescentando recursos humanos e materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

###### **Seção III**

## Definições

Art. 4º Para efeito desta Resolução, são adotadas as seguintes definições:

I - Alvará de Licenciamento Sanitário: documento expedido pelo órgão sanitário competente Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, que libera o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de Vigilância Sanitária.

II - Área crítica: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

III - Centro de Terapia Intensiva (CTI): o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva.

IV - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH: de acordo com o definido pela Portaria GM/MS nº 2616, de 12 de maio de 1998.

V - Educação continuada em estabelecimento de saúde: processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento obtido formalmente, no âmbito institucional ou fora dele.

VI - Evento adverso: qualquer ocorrência inesperada e indesejável, associado ao uso de produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, sem necessariamente possuir uma relação causal com a intervenção.

VII - Gerenciamento de risco: é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das conseqüências ou probabilidade de ocorrência.

VIII - Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

IX - Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas.

X - Índice de gravidade ou Índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente.

XI - Médico diarista/rotineiro: profissional médico, legalmente habilitado, responsável pela garantia da continuidade do plano assistencial e pelo acompanhamento diário de cada paciente.

XII - Médico plantonista: profissional médico, legalmente habilitado, com atuação em regime de plantões.

XIII - Microrganismos multirresistentes: microrganismos, predominantemente bactérias, que são resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos. Apesar das denominações de alguns microrganismos descreverem resistência a apenas algum agente (exemplo MRSA – *Staphylococcus aureus* resistente à Oxacilina; VRE – Enterococo Resistente à Vancomicina), esses patógenos frequentemente são resistentes à maioria dos agentes antimicrobianos disponíveis.

XIV - Microrganismos de importância clínico-epidemiológica: outros microrganismos definidos pelas CCIH como prioritários para monitoramento, prevenção e controle, com base no perfil da microbiota nosocomial e na morbimortalidade associada a tais microrganismos. Esta definição independe do seu perfil de resistência aos antimicrobianos.

XV - Norma: preceito, regra; aquilo que se estabelece como base a ser seguida.

XVI - Paciente grave: paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando de assistência contínua.

XVII - Produtos e estabelecimentos submetidos ao controle e fiscalização sanitária: bens, produtos e estabelecimentos que envolvam risco à saúde pública, descritos no Art.8º da Lei nº. 9782, de 26 de janeiro de 1999.

XVIII - Produtos para saúde: são aqueles enquadrados como produto médico ou produto para diagnóstico de uso “in vitro”.

XIX - Queixa técnica: qualquer notificação de suspeita de alteração ou irregularidade de um produto ou empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva.

XX - Regularização junto ao órgão sanitário competente: comprovação que determinado produto ou serviço submetido ao controle e fiscalização sanitária obedece à legislação sanitária vigente.

XXI - Risco: combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano.

XXII - Rotina: compreende a descrição dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente. Favorece o planejamento e racionalização da atividade, evitam improvisações, na medida em que definem com antecedência os agentes que serão envolvidos, propiciando-lhes treinar suas ações, desta forma eliminando ou minimizando os erros. Permite a continuidade das ações desenvolvidas, além de fornecer subsídios para a avaliação de cada uma em particular. As rotinas são peculiares a cada local.

XXIII - Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem: índice de carga de trabalho que auxilia a avaliação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem necessários para o cuidado.

XXIV - Sistema de Classificação de Severidade da Doença: sistema que permite auxiliar na identificação de pacientes graves por meio de indicadores e índices de gravidade calculados a partir de dados colhidos dos pacientes.

XXV - Teste Laboratorial Remoto (TRL): Teste realizado por meio de um equipamento laboratorial situado fisicamente fora da área de um laboratório clínico. Também chamado Teste Laboratorial Portátil - TLP, do inglês Point-of-care testing - POCT. São exemplos de TLR: glicemia capilar, hemogasometria, eletrólitos sanguíneos, marcadores de injúria miocárdica, testes de coagulação automatizados, e outros de natureza similar.

XXVI - Unidade de Terapia Intensiva (UTI): 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.

XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

XXVIII - Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

XXIX - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

XXX - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

XXXI - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTI-Pm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

## CAPÍTULO II

### DAS DISPOSIÇÕES COMUNS A TODAS AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

#### Seção I

##### Organização

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

Parágrafo único. A regularização perante o órgão de vigilância sanitária local se dá mediante a emissão e renovação de alvará de licenciamento sanitário, salvo exceções previstas em lei, e é condicionada ao cumprimento das disposições especificadas nesta Resolução e outras normas sanitárias vigentes.

Art. 6º O hospital no qual a Unidade de Terapia Intensiva está localizada deve estar cadastrado e manter atualizadas as informações referentes a esta Unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

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 e coletiva.

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 equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

III - procedimentos em caso de acidentes;

IV - manuseio e transporte de material e amostra biológica.

## Seção II

### Infraestrutura Física

Art. 10 Devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Parágrafo único. A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

Art. 11 As Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas.

§ 1º Caso essas unidades sejam contíguas, os ambientes de apoio podem ser compartilhados entre si.

§ 2º Nas UTI Pediátricas Mistas deve haver uma separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

### Seção III

#### Recursos Humanos

Art. 12 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.

Art. 13 Deve 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.

§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva

Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;

§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal);

§ 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.

Art. 14 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:

I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

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

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)

IV - 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;

V - 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;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno; (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)

VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Art. 15 Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.

Art. 16 Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos, de acordo com a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde estabelecida pela Portaria MTE/GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005.

Art. 17 A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo:

I - normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade;

II - incorporação de novas tecnologias;

III - gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais.

IV - prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

§ 1º As atividades de educação continuada devem estar registradas, com data, carga horária e lista de participantes.

§ 2º Ao serem admitidos à UTI, os profissionais devem receber capacitação para atuar na unidade.

#### Seção IV

##### Acesso a Recursos Assistenciais

Art. 18 Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito:

I - assistência nutricional;

II - terapia nutricional (enteral e parenteral);

III - assistência farmacêutica;

IV – assistência fonoaudiológica;

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

V - assistência psicológica;

VI - assistência odontológica;

VII - assistência social;

VIII - assistência clínica vascular;

IX - assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrica

X - assistência clínica cardiovascular, com especialidade pediátrica nas UTI Pediátricas e Neonatais;

XI - assistência clínica neurológica;

XII - assistência clínica ortopédica;

XIII - assistência clínica urológica;

XIV - assistência clínica gastroenterológica;

XV - assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;

XVI - assistência clínica hematológica;

XVII - assistência hemoterápica;

XVIII - assistência oftalmológica;

XIX - assistência de otorrinolaringológica;

XX - assistência clínica de infectologia;

XXI - assistência clínica ginecológica;

XXII - assistência cirúrgica geral em caso de UTI Adulto e cirurgia pediátrica, em caso de UTI Neonatal ou UTI Pediátrica;

XXIII - serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;

XXIV - serviço de radiografia móvel;

XXV - serviço de ultrassonografia portátil;

XXVI - serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

XXVII – serviço de fibrobroncoscopia;

XXVIII - serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica.

Art. 19 O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos:

I - centro cirúrgico;

II - serviço radiológico convencional;

III - serviço de ecodopplercardiografia.

Art. 20 Deve ser garantido acesso aos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos, no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado:

I- cirurgia cardiovascular,

II - cirurgia vascular;

III - cirurgia neurológica;

IV - cirurgia ortopédica;

V - cirurgia urológica;

VI - cirurgia buco-maxilo-facial;

VII - radiologia intervencionista;

VIII - ressonância magnética;

IX - tomografia computadorizada;

X - anatomia patológica;

XI - exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico.

Seção V

Processos de Trabalho

Art. 21 Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar.

Art. 22 A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.

Art. 23 As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.

Parágrafo único. A assistência prestada por estes profissionais deve ser registrada, assinada e datada no prontuário do paciente, de forma legível e contendo o número de registro no respectivo conselho de classe profissional.

Art. 24 Devem ser assegurados, por todos os profissionais que atuam na UTI, os seguintes itens:

I - preservação da identidade e da privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade;

II - fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta;

III - ações de humanização da atenção à saúde;

IV - promoção de ambiência acolhedora;

V - incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente.

Art. 25 A presença de acompanhantes em UTI deve ser normatizada pela instituição, com base na legislação vigente.

Art. 26 O paciente consciente deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos.

Parágrafo único. O responsável legal pelo paciente deve ser informado sobre as condutas clínicas e procedimentos a que o mesmo será submetido.

Art. 27 Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados para toda a instituição, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes.

Art. 28 A realização de testes laboratoriais remotos (TLR) nas dependências da UTI está condicionada ao cumprimento das disposições da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005.

Seção VI

## Transporte de Pacientes

Art. 29 Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência.

Art. 30 Em caso de transporte intra-hospitalar para realização de algum procedimento diagnóstico ou terapêutico, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino.

Art. 31 Em caso de transporte inter-hospitalar de paciente grave, devem ser seguidos os requisitos constantes na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

Art. 32 Em caso de transferência inter-hospitalar por alta da UTI, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência, o qual será entregue no local de destino do paciente;

Parágrafo único. O relatório de transferência deve conter, no mínimo:

I - dados referentes ao motivo de internação na UTI e diagnósticos de base;

II - dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo realização de procedimentos invasivos, intercorrências, infecções, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não-invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos;

III - dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários e cuidados administrados antes da transferência; perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrio ácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas.

## Seção VII

### Gerenciamento de Riscos e Notificação de Eventos Adversos

Art. 33 Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

Art. 34 O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a:

I - procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente;

II - medicamentos e insumos farmacêuticos;

III - produtos para saúde, incluindo equipamentos;

IV - uso de sangue e hemocomponentes;

V - saneantes;

VI - outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade.

Art. 35 Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve:

I - definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade;

II - coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente.

Art. 36 Os eventos adversos relacionados aos itens dispostos no Art. 35 desta RDC devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela instituição, de acordo com as normas institucionais.

## Seção VIII

### Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Art. 37 Devem ser cumpridas as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital.

Art. 38 As equipes da UTI e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH - são responsáveis pelas ações de prevenção e controle de IRAS.

Art. 39 A CCIH deve estruturar uma metodologia de busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos microrganismos multirresistentes e outros microrganismos de importância clínico-epidemiológica, além de identificação precoce de surtos.

Art. 40 A equipe da UTI deve colaborar com a CCIH na vigilância epidemiológica das IRAS e com o monitoramento de microrganismos multirresistentes na unidade.

Art. 41 A CCIH deve divulgar os resultados da vigilância das infecções e perfil de sensibilidade dos microrganismos à equipe multiprofissional da UTI, visando a avaliação periódica das medidas de prevenção e controle das IRAS.

Art. 42 As ações de prevenção e controle de IRAS devem ser baseadas na avaliação dos indicadores da unidade.

Art. 43 A equipe da UTI deve aderir às medidas de precaução padrão, às medidas de precaução baseadas na transmissão (contato, gotículas e aerossóis) e colaborar no estímulo ao efetivo cumprimento das mesmas.

Art. 44 A equipe da UTI deve orientar visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam a prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH.

Art. 45 A equipe da UTI deve proceder ao uso racional de antimicrobianos, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar e Laboratório de Microbiologia.

Art. 46 Devem ser disponibilizados os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização de mãos de profissionais de saúde e visitantes.

§ 1º Os lavatórios para higienização das mãos devem estar disponibilizados na entrada da unidade, no posto de enfermagem e em outros locais estratégicos definidos pela CCIH e possuir dispensador com sabonete líquido e papel toalha.

§ 2º As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e em outros locais estratégicos definidos pela CCIH.

Art. 47 O Responsável Técnico e os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais e visitantes.

## Seção IX

### Avaliação

Art. 48 Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos.

§ 1º Deve ser calculado o Índice de Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada.

§ 2º O Responsável Técnico da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado.

§ 3º Devem ser monitorados os indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA

§ 4º Estes dados devem estar em local de fácil acesso e ser disponibilizados à Vigilância Sanitária durante a inspeção sanitária ou quando solicitado.

Art. 49 Os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada.

§1º O enfermeiro coordenador da UTI deve correlacionar as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida utilizado.

§2º Os registros desses dados devem estar disponíveis mensalmente, em local de fácil acesso.

## Seção X

### Recursos Materiais

Art. 50 A UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda.

Art. 51 Os materiais e equipamentos utilizados, nacionais ou importados, devem estar regularizados junto à ANVISA, de acordo com a legislação vigente.

Art. 52 Devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa.

Art. 53 Quando houver terceirização de fornecimento de equipamentos médico-hospitalares, deve ser estabelecido contrato formal entre o hospital e a empresa contratante.

Art. 54 Os materiais e equipamentos devem estar íntegros, limpos e prontos para uso.

Art. 55 Devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição.

Parágrafo único. Devem ser mantidas na unidade cópias do calendário de manutenções preventivas e o registro das manutenções realizadas.

## CAPÍTULO III

### DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

#### Seção I

##### Recursos Materiais

Art. 56 Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Adulto, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 57 Cada leito de UTI Adulto deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

I - cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;

II - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;

III - estetoscópio;

IV - conjunto para nebulização;

V - quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos (“bomba de infusão”), com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos;

VI - fita métrica;

VII - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:

a) frequência respiratória;

b) oximetria de pulso;

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

c) frequência cardíaca;

d) cardioscopia;

e) temperatura;

f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 58 Cada UTI Adulto deve dispor, no mínimo, de:

I - materiais para punção lombar;

II - materiais para drenagem líquórica em sistema fechado;

III - oftalmoscópio;

IV - otoscópio;

V - negatoscópio;

VI - máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos;

VII - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

VIII - aspirador a vácuo portátil;

IX - equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal (“cuffômetro”);

X - ventilômetro portátil;

XI - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;

XII - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos,

XIII - equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

XIV - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;

XV - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;

XVI - materiais para traqueostomia;

XVII - foco cirúrgico portátil;

XVIII - materiais para acesso venoso profundo;

XIX - materiais para flebotomia;

XX - materiais para monitorização de pressão venosa central;

XXI - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XXII - materiais para punção pericárdica;

XXIII - monitor de débito cardíaco;

XXIV - eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XXV - kit (“carrinho”) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXVI - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;

XXVII - marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XXVIII - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;

XXIX - materiais para curativos;

XXX - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

XXXI - dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente;

XXXII - poltrona com revestimento impermeável, destinada à assistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração.

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

XXXIII - maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIV - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico(s) para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXV - ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVI - kit (“maleta”) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVII - cilindro transportável de oxigênio;

XXXVIII - relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos.

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

Art. 59 Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela Anvisa.

Art. 60 Os kits para atendimento às emergências, referidos nos incisos XXV e XXXVI do Art 58, devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

## CAPÍTULO IV

### DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS

#### Seção I

##### Recursos Materiais

Art. 61 Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Pediátrica, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 62 Cada leito de UTI Pediátrica deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

I - berço hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;

II - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;

III - estetoscópio;

IV - conjunto para nebulização;

V - Quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos (“bomba de infusão”), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;

VI - fita métrica;

VII - poltrona removível, com revestimento impermeável, destinada ao acompanhante: 01 (uma) por leito;

VIII - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:

a) frequência respiratória;

b) oximetria de pulso;

c) frequência cardíaca;

d) cardioscopia;

e) temperatura;

f) pressão arterial não-invasiva.

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Art. 63 Cada UTI Pediátrica deve dispor, no mínimo, de:

I - berço aquecido de terapia intensiva: 1(um) para cada 5 (cinco) leitos;

II - estadiômetro;

III - balança eletrônica portátil;

IV - oftalmoscópio;

V - otoscópio;

VI - materiais para punção lombar;

VII - materiais para drenagem liquórica em sistema fechado;

VIII – negatoscópio;

IX - capacetes ou tendas para oxigenoterapia;

X - máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;

XI - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

XII - aspirador a vácuo portátil;

XIII - equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal (“cuffômetro”);

XIV - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;

XV - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos.

XVI - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

XVII - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva: 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;

XVIII - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

XIX - materiais para traqueostomia;

XX - foco cirúrgico portátil;

XXI - materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);

XXII - material para flebotomia;

XXIII - materiais para monitorização de pressão venosa central;

XXIV - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

XXV - materiais para punção pericárdica;

XXVI - eletrocardiógrafo portátil;

XXVII - kit (“carrinho”) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXVIII - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;

XXIX - marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para a unidade;

XXX - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXXI - materiais para curativos;

XXXII - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

XXXIII - maca para transporte, com grades laterais, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIV - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXV - ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVI - kit (“maleta”) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXVII - cilindro transportável de oxigênio;

XXXVIII - relógio e calendário de parede;

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

Art. 64 Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela Anvisa.

Art. 65 Os kits para atendimento às emergências, referidos nos incisos XXVII e XXXVI do Art 63, devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

## Seção II

### UTI Pediátrica Mista

Art. 66 As UTI Pediátricas Mistas, além dos requisitos comuns a todas as UTI, também devem atender aos requisitos relacionados aos recursos humanos, assistenciais e materiais estabelecidos para UTI pediátrica e neonatal concomitantemente.

Parágrafo único. A equipe médica deve conter especialistas em Terapia Intensiva Pediátrica e especialistas em Neonatologia.

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

## CAPÍTULO V

### DOS REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS

#### Seção I

##### Recursos Materiais

Art. 67 Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Neonatal, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente.

Art. 68 Cada leito de UTI Neonatal deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais:

I - incubadora com parede dupla;

II - equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;

III - estetoscópio;

IV - conjunto para nebulização;

V - Dois (02) equipamentos tipo seringa para infusão contínua e controlada de fluidos (“bomba de infusão”), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;

VI - fita métrica;

VII - equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:

a) frequência respiratória;

b) oximetria de pulso;

c) frequência cardíaca;

d) cardioscopia;

e) temperatura;

f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 69 Cada UTI Neonatal deve dispor, no mínimo, de:

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

I - berços aquecidos de terapia intensiva para 10% dos leitos;

II - equipamento para fototerapia: 01 (um) para cada 03 (três) leitos;

III - estadiômetro;

IV - balança eletrônica portátil: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos;

V - oftalmoscópio;

VI - otoscópio;

VII - material para punção lombar;

VIII - material para drenagem líquórica em sistema fechado;

IX - negatoscópio;

X - capacetes e tendas para oxigenoterapia: 1 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;

XI - materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

XII - aspirador a vácuo portátil;

XIII - capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;

XIV - ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos.

XV - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01(um) para cada 05 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

XVI - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga): 1 (um) por leito.

XVII - materiais para drenagem torácica em sistema fechado;

XVIII - material para traqueostomia;

XIX - foco cirúrgico portátil;

XX - materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);

XXI - material para flebotomia;

XXII - materiais para monitorização de pressão venosa central;

XXIII - materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;

XXIV - materiais para cateterismo umbilical e exsanguíneo transfusão;

XXV - materiais para punção pericárdica;

XXVI - eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;

XXVII - kit (“carrinho”) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXVIII - equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;

XXIX - equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração, sendo que as tiras de teste devem ser específicas para neonatos;

XXX - materiais para curativos;

XXXI - materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

XXXII - incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIII - equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, cardioscopia) específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIV - ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXV - kit (“maleta”) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.

XXXVI - cilindro transportável de oxigênio;

Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

XXXVII - relógio e calendário de parede;

XXXVIII - poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração;

XXXIX - refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos: 01 (um) por unidade, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas.

Art. 70 Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela ANVISA.

Art. 71 Os kits para atendimento às emergências referidos nos incisos XXVII e XXXV do Art 69 devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

## CAPÍTULO VI

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 72 Os estabelecimentos abrangidos por esta Resolução têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias do serviço para cumprimento da mesma.

§ 1º Para cumprimento dos Artigos 13, 14 e 15 da Seção III – Recursos Humanos e do Art 51 da Seção IX – Avaliação do Capítulo II, assim como da Seção I - Recursos Materiais dos Capítulos III, IV e V estabelece-se o prazo de 03 (três) anos;

§1º Para cumprimento dos artigos 13, 14 e 15 da Seção III - Recursos Humanos, assim como da Seção I - Recursos Materiais dos Capítulos III, IV e V, estabelece-se o prazo de 03 anos, ressalvados os incisos III e V do art. 14, que terão efeitos imediatos. (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)

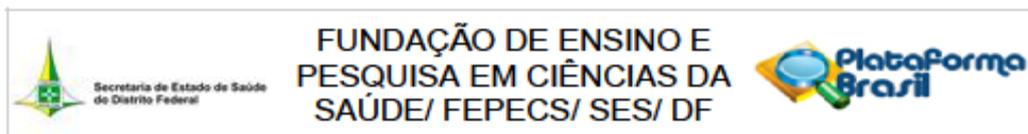
§ 2º A partir da publicação desta Resolução, os novos estabelecimentos e aqueles que pretendem reiniciar suas atividades devem atender na íntegra às exigências nela contidas, previamente ao início de seu funcionamento.

Art. 73 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 74 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

## ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Perfil do paciente idoso internado em unidade de terapia intensiva neurológica em um hospital do Distrito Federal

**Pesquisador:** Daniella Valença Daher de Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55016116.6.0000.5553

**Instituição Proponente:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.080.345

**Apresentação do Projeto:**

Sem alterações;

**Objetivo da Pesquisa:**

Sem alterações;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sem alterações;

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Sem alterações;

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora atendeu as pendências formuladas em conformidade com a Resolução CNS/MS 466/2012.

**Recomendações:**

Apresentar Relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto, através da Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com