

CAUSAS EVITÁVEIS DE INTERNAMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Marielle Priscila de Paula Silva*
Naiara Zanquetta Carvalho*
Joyce de Oliveira Pires**
Pamella Hullye de Paula**
Guido Luis Otto Gomes***
Cássia Kely Favoretto Costa****
Mirian Ueda Yamaguchi*****

RESUMO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) visa o atendimento de pacientes de alto risco, sendo necessária assistência de uma equipe especializada. A alta demanda de pacientes e a limitação de recursos financeiros têm levado à escassez no número de leitos e aumento na fila de espera. O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil dos pacientes admitidos na UTI em um hospital de Maringá-PR, identificando as principais causas de admissão e avaliando se as mesmas figuram entre as causas que poderiam ser evitadas. Foi realizado estudo quantitativo, com 123 prontuários de pacientes admitidos na UTI, no período de julho/2012 a março/2013. Dos 123 pacientes estudados, 59% eram do sexo masculino, com média de idade de 57,5 anos, e maior prevalência na faixa etária de 58 a 73 anos (32%). As principais causas de internamento foram as causas neurológicas (31%) e os traumas (19%). Dentre as causas neurológicas, destacaram-se os acidentes vasculares encefálicos (AVE) e entre os traumas, os acidentes automobilísticos, que representaram 45% e 71%, respectivamente. A média de permanência na UTI foi de 16,2 dias e a taxa de mortalidade foi de 27%. Conhecer as causas de internamento dos pacientes nas UTIs possibilita demonstrar à comunidade geral, científica e gestores públicos a participação de leitos ocupados por causas evitáveis, que poderiam ser minimizadas ou até mesmo evitadas por meio da conscientização dos próprios cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE: Internação; Unidade de Terapia Intensiva; Acidente Vascular Encefálico; Traumatismo Crânio Encefálico.

AVOIDABLE HOSPITALIZATION CAUSES IN INTENSIVE CARE UNITS

ABSTRACT: Intensive Care Units (ICU) attend high risk patients and thus the assistance of a specialized team is required. High patient demand and restrictions in financial resources have brought about a decrease in beds and an increase on the waiting list. Current analysis deals with the profile of patients admitted to ICUs in a hospital in Maringá PR Brazil, and identifies the main admission causes and evaluates whether they could be avoided. The quantitative study on 123 charts of patients admitted to ICU between July 21012 and March 2013 show that 59% were males, average age 57.5 years), with highest prevalence within the 58 – 73 age bracket (32%), and the main causes were neurological (31%) and traumatic (19%). Encephalic vascular incidents were the most salient among the neurological cases, whereas the most predominant among the traumatic causes were caused by car accidents, respectively with 45% and 71%. Mean permanence time in ICU was 16.2 days and death rate reached 27%. Knowledge on the causes of patients in ICUs demonstrates to the medical community and to managers that ICU beds were occupied with avoidable causes which may be minimized and even avoided through people's conscious-raising.

* Acadêmicas do Curso Biomedicina do Centro Universitário de Maringá– UniCesumar, Maringá – PR. Bolsistas do PROBIC: Programa de Bolsas de Iniciação Científica do Cesumar 2012/2013

** Acadêmicas do Curso Biomedicina do Centro Universitário de Maringá– UniCesumar, Maringá – PR.

*** Mestrando do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá – PR.

**** Docente do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá – PR; Doutora em Economia Aplicada.

***** Docente do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá – PR; Doutora em Ciências Farmacêuticas. E-mail de correspondência: mirianueda@gmail.com

KEYWORDS: Hospitalization; Intensive Care Units; Encephalic Vascular Incident; Encephalic Brain Injury.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Portaria nº 466 de 1998, o Ministério da Saúde define Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como a “unidade que se constitui de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de alto risco que exijam assistência médica e de enfermagem, além de recursos humanos especializados” (BRASIL, 1998).

A origem das Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) deu-se na década de 50 nos Estados Unidos, a partir da necessidade de se estabelecer um local onde os pacientes em estado grave pudessem receber assistência, sendo monitorados 24 horas por dia (SILVA et al., 2008). Foi a partir disso que a enfermeira Florence Nightingale aplicou a metodologia de trabalhar de forma separada com os pacientes, de acordo com a gravidade do internamento (KNOBEL et al., 2006). No Brasil o processo de implantação das UTIs foi lento, a criação das primeiras unidades só ocorreu na década de 70 (SILVA et al., 2008).

As UTIs contam com equipes especializadas de médicos, enfermeiras e profissionais das demais áreas da saúde, com conhecimento relacionado à área específica da terapia intensiva, apoiada por equipamentos para monitorização e intervenção de emergência, cujo atendimento é direcionado para pacientes com comprometimento das funções vitais, que porventura possuem chances de sobreviver (PAIVA et al., 2002). Sendo assim, a UTI é um dos setores de maior complexidade dentro do ambiente hospitalar, exigido com isso planejamento detalhado da produção de bens e serviços para uma melhor qualidade nesse setor (SILVA et al., 2008).

Os gastos com as UTIs tem causado preocupação em diversos países, pois se tratam de unidades que consomem muitos recursos e geram muitos custos. No Brasil, o custo de uma diária média é de aproximadamente R\$ 1 mil, podendo chegar a R\$ 25 mil, tornando indispensável estratégias e medidas de minimização de custos, sem comprometer a qualida-

de dos serviços e da estrutura da empresa (KNOBEL, 2006; BRASIL, 2012).

A alta demanda de pacientes e a limitação dos recursos financeiros destinados aos serviços de saúde tem causado significativa carência de leitos nas UTIs, retardando assim o atendimento a outros pacientes e gerando filas de espera (FEIJÓ et al., 2006). Diante dessa problemática, nas últimas décadas, tem-se avaliado a gravidade dos pacientes admitidos na UTI, visando fornecer informações para a adaptação da UTI ao atendimento dos problemas médicos mais frequentes e prioritários, podendo deste modo minimizar os gastos e talvez realocar os recursos para outros setores da saúde pública no país (PAIVA et al., 2002).

Conhecer o perfil do paciente de uma UTI torna-se fundamental para aqueles que atuam no cuidado, como também para os profissionais que exercem cargos de gerência dos serviços de saúde para proporcionar uma assistência com qualidade (SILVA et al., 2008). Sob este prisma, o estudo das causas que levam pacientes ao internamento nas UTIs é relevante, pois permite detectar a porcentagem de pacientes cujas causas de enfermidades graves poderiam ser evitadas, se o próprio indivíduo preservasse sua integridade física.

Estudos do Centro Europeu de Saúde Pública encontrou até 10% de mortes evitáveis em alguns países da Europa, enfatizando que estas mortes, se evitadas, podem influenciar de maneira positiva na expectativa de vida da população, levantando com isso, a importância dos cuidados com a saúde e divulgação dos conceitos de morte evitável, que vem mudando através das décadas (NOLTE; MCKEE, 2004).

Segundo estudo publicado no *Journal Pmed* em 2011, nos EUA as principais causas de morte evitável em 2010 foram as seguintes (DANAELI et al., 2009):

- Tabagismo: 467.000 mortes.
- Hipertensão arterial: 395.000 mortes.
- Obesidade: 216.000 mortes.
- Atividade física inadequada e sedentarismo: 191.000 mortes.

- Alto nível de açúcar no sangue: 190.000 mortes.
- Colesterol elevado (LDL): 113.000 mortes.
- Dieta rica em sal: 102.000 mortes.
- Dieta contendo poucos ácidos graxos ômega-3: 84.000 mortes.
- Dieta rica em ácido graxo trans (gordura trans): 82.000 mortes.
- Álcool: 64.000 mortes.
- Baixa ingestão de frutas e produtos hortícolas: 58.000 mortes.
- Dieta baixa em ácidos gordos poli-insaturados: 15.000 mortes.

As causas de internamentos evitáveis são aquelas preveníveis por ações que estejam acessíveis em um determinado tempo e local, portanto os estudos devem ser regionais, contínuos com revisões sistemáticas sobre o tema (MALTA et al., 2007). Como exemplo de causa evitável, destacam-se os acidentes de trânsito que são as maiores causas de traumatismo crânio-encefálico (TCE), responsável por quase 30% dos internamentos em UTI e taxa de mortalidade que chega a 40%. Dessa forma, internamentos com gasto financeiro elevado, se evitado, poderia ser direcionado para outras ações de prevenção ou até em melhorias de atendimento das próprias UTIs (PIRAS et al., 2004).

O propósito desse estudo foi avaliar e analisar as causas (evitáveis ou não evitáveis) de internamento de pacientes em UTI de um hospital filantrópico na cidade de Maringá, Pr.

2 MATERIAIS E MÉTODO

O estudo foi realizado na UTI de um hospital filantrópico do município de Maringá, no Paraná, equipado com 24 leitos destinados ao atendimento de pacientes adultos, sendo 12 leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A abordagem do estudo foi de natureza quantitativa realizada mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

do Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, número 48568, de 15 de junho de 2012.

A amostragem deste estudo foi composta por 123 prontuários de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva, durante os meses de julho/2012 a março/2013. A escolha dos prontuários foi aleatória, onde o responsável pelo paciente foi esclarecido sobre o objetivo do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após sua assinatura, foi realizada a coleta de dados.

Os dados foram obtidos nos prontuários médicos dos pacientes internados, por meio de um questionário, a fim de obter as seguintes informações: idade, gênero, município de origem, data da internação, procedência, fumante, etilista, comorbidades, tempo de permanência, condição de saída (alta ou óbito), acrescentado das informações sobre a causa do internamento do paciente na UTI.

As causas de internamento foram classificadas da seguinte forma: (1) neurológicas (acidente vascular encefálico, aneurisma, hemangioma, hematoma subdural, hidrocefalia, meningite, neoplasias, Síndrome de Guillain-Barré); (2) respiratórias (crise asmática, edema agudo de pulmão, insuficiência respiratória aguda, pneumonia); (3) gastrointestinais (cirrose hepática, encefalopatia hepática, neoplasias, pancreatite aguda, peritonite); (4) sepses; (5) renal (insuficiência renal aguda); (6) traumatismo crânio-encefálico; (7) pós-operatório; (8) cardiovasculares (bradicardia, insuficiência aguda do miocárdio) e (9) causas não categorizadas em nenhum dos sistemas anteriormente citados.

Quanto à evolução do quadro de internamento, os pacientes foram classificados em dois grupos, aqueles que receberam alta (egressos) e o segundo grupo, dos pacientes que evoluíram para óbito.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de estudo, observou-se que dos 123 pacientes internados, 60,20% e 39,80% eram do sexo masculino e feminino, respectivamente. Com re-

Tabela 1. Perfil dos pacientes internados na UTI adulto, segundo gênero e faixa etária, em hospital na cidade de Maringá –PR, Julho/2012 a Março/2013

| Idade | 10 a 25 n (%) | 26 a 41 n (%) | 42 a 57 n (%) | 58 a 73 n (%) | ≥ 74 n (%) | Total n (%) |
|-----------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------|----------------|
| Masculino | 8 (6,51) | 14 (11,39) | 5 (4,07) | 26 (21,15) | 21 (17,08) | 74 (60,20) |
| Feminino | 4 (3,25) | 3 (2,44) | 8 (6,50) | 11 (8,93) | 23 (18,68) | 49 (39,80) |
| Total | 12 (9,76) | 17 (13,83) | 13 (10,57) | 37 (30,08) | 44 (35,76) | 123 (100) |

Fonte: Dados da pesquisa

lação à faixa etária, 65,84% dos pacientes internados na UTI tinham 58 anos ou mais (Tabela 1).

As principais comorbidades apresentadas pelos pacientes internados na UTI foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) presente em 39% e diabetes melito (DM) em 13% dos pacientes.

Na Figura 1 apresenta-se os principais motivos que levaram os pacientes ao internamento na UTI, entre os quais se destacam: causas neurológicas (31%), trauma (19%), pós-operatório (18%) e causas respiratórias (14%). Em conjunto, essas causas foram responsáveis por 82% dos internamentos realizados no período de estudo.

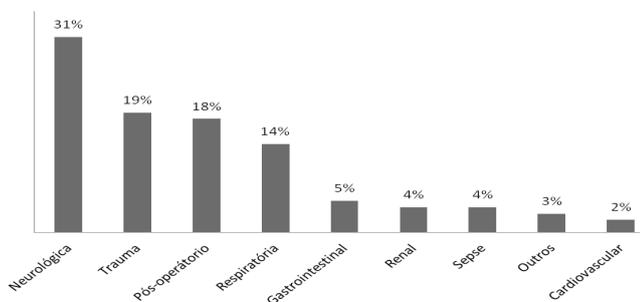


Figura 1. Principais causas de internação na UTI adulto em Hospital Filantrópico na cidade de Maringá – PR
Fonte: Dados da pesquisa

A média de mortalidade entre os 123 pacientes internados no período do estudo foi de 27%, sendo 36% entre as mulheres e 64% entre os homens. A maior incidência de mortalidade foi relacionada com as causas neurológicas, correspondendo a 27% do total de óbitos ocorridos na UTI em estudo.

As doenças neurológicas ou doenças cerebrovasculares (DCV) são importante causa de morbidade e mortalidade, visto que o cuidado dos pacien-

tes neurológicos normalmente necessita de avaliação contínua. Estas ocupam o terceiro lugar no número de óbitos no mundo. Dentre as DCV, destaca-se o acidente vascular encefálico (AVE), que é uma anormalidade usualmente súbita do funcionamento cerebral, decorrente de uma interrupção da circulação cerebral ou de hemorragia (CASTRO et al., 2009). Os AVE também são considerados um problema de saúde pública mundial, sendo a principal causa de incapacidade em idosos (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Na pesquisa realizada, 31% dos internamentos foram devido a causas neurológicas, sendo que 55% eram do gênero masculino e 52% destes situava-se na faixa etária entre 58–73 anos.

Das inúmeras doenças neurológicas, o AVE incidiu em 45% dos pacientes internados na UTI de Maringá–PR, seguido por neoplasias em 19%, aneurisma em 13%, hidrocefalia, hematoma subdural, hemangioma cavernoso e Síndrome de Guillain–Barré em 6% dos casos, nessa ordem e 3% devido à meningite (Figura 2).

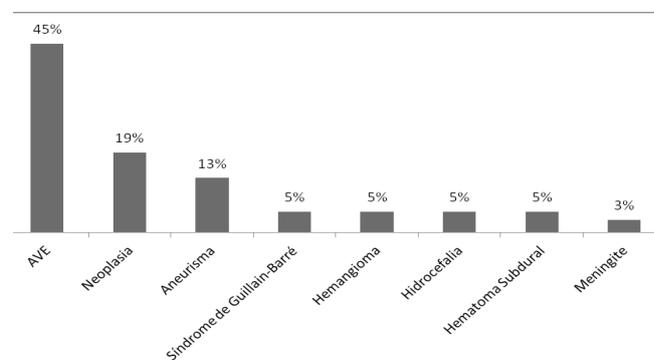


Figura 2. Distribuição em porcentagem dos pacientes internados na UTI de Maringá–PR, classificados de acordo com diferentes acometimentos neurológicos.
*AVE = acidente vascular encefálico.

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para AVE, estando presente em 65% dos casos. Cardiopatias são consideradas o segundo principal fator de risco, seguido pela fibrilação arterial crônica em 22% dos casos e diabetes melitos em 23%.

Com base em estudos nacionais semelhantes ao desta pesquisa, foi possível comparar a prevalência

homens para 6 mulheres (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; CASTRO et al., 2009). Em vista do alto predomínio de diabetes não diagnosticada entre pacientes com AVE, recomenda-se rastreamento para DM em todos os pacientes com AVE (CHAVES, 2000; OMS, 2012).

O tabagismo aumenta em 50% o risco relativo de AVE. Fumantes que consomem mais que 40 cigarros/dia apresentaram o risco relativo duas vezes maior que os fumantes que consomem menos de dez

Tabela 2. Comparação da prevalência dos fatores de risco e a incidência de AVE em diferentes estudos nacionais.

| Autores | Local/Ano de publicação | Fatores de risco (%) | | | | | |
|---------------|-------------------------|----------------------|------|------|-----------|----------|--------------|
| | | HAS | DM | ICC | Tabagismo | Etilismo | Dislipidemia |
| Cabral et al. | Joinville, SC/1997 | 79,7 | 24,7 | | 23,5 | 9,3 | 4,1 |
| Zétola et al. | Curitiba, PR/2001 | 63,8 | 13,6 | | 60,3 | 19,8 | 23,5 |
| Pires et al. | São Paulo, SP/2004 | 87,7 | 19,9 | 19,8 | 46,9 | 35,1 | 15,6 |
| Castro et al. | Mooca, SP/2009 | 73,6 | 39,6 | 18,6 | | 4 | 39,3 |

HAS = hipertensão arterial sistêmica; DM = diabete melito; ICC = insuficiência cardíaca congestiva

Fonte: Dados da pesquisa

dos fatores de risco com a incidência de AVE (Tabela 2).

A HAS é considerada o principal fator de risco para ocorrência de AVE, o qual tem seis vezes mais chances de ocorrer em pacientes hipertensos (CASTRO et al., 2009). Pires Gagliardi e Gorzoni (2004) resalta que o tabagismo, a dislipidemia e o DM constituem os fatores de risco mais críticos para a HAS, o que confirma a importância de medidas preventivas para a doença em toda a população, seja por meio de mudanças de hábitos ou pela terapêutica medicamentosa (OMS, 2012)

A literatura considera claramente definido que o diabetes é o segundo fator de risco em importância para o desenvolvimento de AVE, apresentando uma relação direta com o controle glicêmico (CASTRO et al., 2009). Entre diabéticos, o risco relativo de desenvolver AVE é quatro vezes maior, numa proporção de 4

cigarros/dia. Parar de fumar reduz o risco de forma significativa após dois anos, atingindo o patamar dos não fumantes em cinco anos (CHAVES, 2000; CASTRO et al., 2009; OMS, 2012).

O etilismo é outro fator de risco modificável para AVE, pesquisas relatam uma maior incidência desse valor entre homens e entre pacientes com menos de 70 anos. Observou-se neste estudo, que 80% dos etilistas eram do sexo masculino, e tinham menos de 80 anos. Foram considerados etilistas aqueles que relataram ingerir ou ter ingerido bebida alcoólica em quantidade moderada e frequência sistemática. Este dado está de acordo com a literatura, no qual os homens tendem a consumir mais álcool que as mulheres (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; CASTRO et al., 2009).

Outro fator de risco modificável é a dislipidemia, sendo este um fator de risco para doenças coronarianas e obstrução da carótida. Existe relação

entre a redução dos níveis de colesterol e o aumento da frequência de AVE, por interferir na resistência da parede vascular pela formação de ateroma (CHAVES, 2000; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; CASTRO et al., 2009).

Na população estudada, 65% dos pacientes apresentaram HAS, 12% relataram ter DM, 12% Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); 29% eram tabagistas ou ex-tabagistas; 23% eram etilistas, sendo 01 paciente etilista crônico e 6% apresentavam alteração nos níveis de colesterol. Entretanto, pela análise do prontuário dos pacientes deste estudo, não foi possível concluir se os fatores de riscos analisados contribuíram para a ocorrência do AVE ocorrido nos pacientes internados na UTI.

No estudo dos motivos de internamento nas UTIs, as causas externas são reconhecidas nos países desenvolvidos e no Brasil, como problema de saúde pública, pois as lesões podem ocasionar a morte e incapacidade da vítima, em especial em idade produtiva, determinando um alto custo com a recuperação dos pacientes (SOUSA et al., 2004).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, as causas externas compreendem as lesões decorrentes de acidentes relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras e de ações de violência, como as agressões, homicídios, suicídios, abuso físico, sexuais e psicológicos (BRASIL, 2010).

Conforme estatísticas do Ministério da Saúde, em 2011, ocorreram 972.657 internações decorren-

tes de causas externas, dessas 157.122 internações foram devido a acidentes de transporte. Entre as lesões decorrentes de causas externas, o traumatismo crânio-encefálico (TCE) é frequente, sendo em sua maioria causados pelos acidentes automobilísticos, atropelamento, acidentes ciclísticos e motociclísticos, agressões físicas, quedas, lesões por arma de fogo, entre outras causas menos frequentes (MELO; SILVA; MOREIRA JR, 2004; SOUSA et al., 2004).

Atualmente, pacientes com TCE grave estão sendo tratados em UTI, devido aos recursos humanos e tecnológicos encontrados nesse setor (SOUSA et al., 2004). No presente estudo, dos 123 pacientes admitidos na UTI, 19% foram decorrentes de trauma, sendo que 75% desses eram do sexo masculino, corroborando com resultados dos estudos anteriores com vítimas de TCE (SOUSA; REGIS; KOIZUMI, 1999; KOIZUMI et al., 2000; MELO; SILVA; MOREIRA JR, 2004; SOUSA et al., 2004; QUEVEDO, 2009).

Os dados obtidos nesta pesquisa mostraram que os acidentes de trânsito, na cidade de Maringá-PR, são a segunda causa de admissão na UTI. Dentre os pacientes vítimas de trauma (24), 71% das admissões eram por motivo de acidente automobilístico, seguindo de iguais índices de quedas (12,5%) e atropelamento (12,5%), e em menor incidência, as agressões (4%) (Tabela 3). Resultados semelhantes, com elevadas porcentagens de internamento de vítimas de acidentes automobilísticos foram encontrados em estudos nas cidades de São Paulo (62%), Brasília (41%) e Salvador (37%) (FARAGE et al., 2002; MELO; SILVA; MOREIRA JR, 2004; SOUSA et al., 2004). Entretanto, os dados obtidos em Maringá - PR são alarmantes, pois

Tabela 3. Distribuição de pacientes internados na UTI de um hospital na cidade de Maringá - PR, sub classificados quanto às causas de trauma e subseqüente egresso ou óbito.

| Causas do Trauma | Condição de saída | | Total |
|----------------------|-------------------|-------------|------------|
| | Óbito (%) | Egresso (%) | n (%) |
| Queda | 2 (8,3) | 1 (4,2) | 3 (12,5) |
| Agressão | 0 (0,0) | 1 (4,2) | 1 (4,0) |
| Acidente de Trânsito | | | |
| Atropelamento | 0 (0,0) | 3 (12,5) | 3 (12,5) |
| Automóvel | 1 (4,2) | 9 (37,5) | 10 (42,0) |
| Motocicleta | 2 (8,3) | 5 (20,8) | 7 (29,0) |
| TOTAL | 5 (20,8) | 19 (79,2) | 24 (100,0) |

Fonte: Dados da pesquisa

o mesmo é mais elevado que das grandes capitais do Brasil.

A taxa de mortalidade causada pelo trauma foi elevada quando comparada com outras causas de internamento, representando 36% dos óbitos. Esses dados assemelham-se aos demonstrados em outras pesquisas (MELO; SILVA; MOREIRA JR, 2004; PIRAS et al., 2004; SOUSA et al., 2004; MELO et al., 2005).

Quando classificada em subgrupos (Tabela 4), os acidentes de trânsito mostram maior número de internamento para as causas de trauma do condutor

permaneceram internados após o fechamento dos dados desta pesquisa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que pacientes do sexo masculino foram predominantes nos internamentos da UTI na cidade de Maringá – PR, com faixa etária entre 58 e 73 anos. A média de permanência na UTI foi de 16,2 dias. Dentre as causas que contribuíram para a admissão dos pacientes na UTI, as mais frequentes foram as causas neurológicas, com

Tabela 4. Distribuição dos tipos de acidente de trânsito em dois estudos brasileiros e no presente estudo

| Autores | Ano de publicação | Acidentes de trânsito (%) | | |
|--------------|-------------------|---------------------------|------------|-------------|
| | | Atropelamento | Automóveis | Motocicleta |
| Melo et al. | 2004 | 17,0 | 10,0 | 13,0 |
| Piras et al. | 2004 | 26,0 | 9,0 | 22,0 |
| Neste estudo | 2013 | 12,5 | 42,0 | 29,0 |

Fonte: Dados da pesquisa

de automóveis, seguido pelo trauma do condutor de motocicleta e atropelamento.

Farage et al. (2002) e Martins, Silva e Coutinho (2003) em seus estudos sugeriram a implantação de campanhas de tráfego, tais como radares ocultos para redução da velocidade, obrigatoriedade do uso de cinto de segurança, preferência aos pedestres na faixa de segurança, campanhas visando à conscientização de motociclistas e pedestres. Portanto, as características descritas podem contribuir para a elaboração de políticas de saúde e sistemas específicos de informações (QUEVEDO, 2009).

Os acidentes e a violência têm determinado um importante impacto na saúde das populações de diversos países, sendo que cada vez mais os serviços de saúde precisam destinar profissionais e equipamentos para o atendimento a essas vítimas que, muitas vezes exigem o cuidado de uma série de especialistas (SÃO PAULO, 2006).

No presente estudo, o tempo médio de permanência dos pacientes na UTI de Maringá – PR foi de 16,2 dias, que em valores absolutos, o período variou de 24 horas a 175 dias. Sendo que cinco pacientes

destaque para o AVE, seguido pelo trauma, com maior incidência de traumas decorrentes de acidentes de trânsito. Foi observado que apesar da gravidade dos pacientes admitidos na UTI, a média de mortalidade foi relativamente baixa em comparação aos pacientes que receberam alta, representando 27% de óbitos e 71% de pacientes egressos.

Considerando o número de óbitos, as possíveis sequelas dos pacientes internados nas UTIs e os custos diretos e indiretos relacionados, se fazem necessário mais pesquisas que visem ao conhecimento da epidemiologia das causas de internamento nas UTIs, visto que trata-se de um importante problema de saúde pública. A intensificação de campanhas públicas de prevenção das causas evitáveis de internamento se fazem necessárias, para maior conscientização da população, a fim de minimizar a demanda e os custos dos pacientes admitidos nas UTIs.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <[Iniciação Científica CESUMAR - jul./dez. 2013, v. 15, n. 2, p. 147-155 - ISSN 1518-1243](http://ta-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- bnet.datasus.gov.br/tabnet.htm>. Acesso em: 12 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 466, de 4 de junho de 1998. **Estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm>. Acesso em: 5 mar. 2012.
- BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde/MS. **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violência no período de 2000 a 2009**. Brasília, 2010.
- CABRAL, N. et al. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 55, n. 3-A, p. 357–363, 1997.
- CASTRO, J. A. B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 171–173, 2009.
- CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev Bras Hipertensão**, v. 7, n. 4, p. 372–82, out./dez. 2000.
- DANAELI, G. et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. **Journal Pmed.**, v. 6, n. 4, p. 1–23, 2009.
- FARAGE, L. et al. As medidas de segurança no trânsito e a morbimortalidade intra-hospitalar por traumatismo craniocéfálico no Distrito Federal. **Rev Assoc Médica Bras**, v. 48, n. 2, p. 163–166, 2002.
- FEIJÓ, C. A. R. et al. Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Brasileiro. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, p. 18–21, jan./mar. 2006.
- KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. [s.l.]: Atheneu, 2006. v. 2.
- KOIZUMI, M. S. et al. Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no município de São Paulo, 1997. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 58, n. 1, p. 81–89, 2000.
- MALTA, D. C. et al. Lista de causas de morte evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233–244, 2007.
- MARTINS, E. T.; SILVA, T. S.da; COUTINHO, M. Estudo de 596 casos consecutivos de traumatismo craniano grave em Florianópolis – 1994–2001. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**, v. 15, n. 1, p. 15–18, jan./fev. 2003.
- MELO, J. R. T. et al. Fatores preditivos do prognóstico em vítimas de trauma craniocéfálico. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 63, n. 4, p. 1054–1057, 2005.
- MELO, J. R. T.; SILVA, R. A.; MOREIRA JR, E. D. Características dos pacientes com trauma craniocéfálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 63, n. 3-A, p. 711–715, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**: Informações de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/sxdescr.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- NOLTE, E.; MCKEE, M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. **The Nuffield Trust**, London, UK. 2004. ISBN 1–902089–94–4.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o Sistema de Saúde (2012)**. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas-flavio1.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- PAIVA, S. A. R. et al. Análise de uma população de doentes atendidos em unidade de terapia intensiva – estudo observacional de sete anos (1992 – 1999). **RBTI**, v. 14, n. 2, p. 73–80, abr./jun. 2002.
- PIRAS, C. et al. Estudo Epidemiológico do TCE em Unidade de Terapia Intensiva Geral como Resultado da Adesão ao *Latin American Brain Injury Consortium*. **RBTI**, v. 16, n. 3, p. 164–169, jul./set. 2004.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 62, n. 3–B, p. 884–851, 2004.

QUEVEDO, M. J. **Internações em UTI por trauma cranioencefálico (TCE) na cidade de Porto Alegre**. 2009. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2009.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. O impacto dos acidentes e violência nos gastos da saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 553–556, 2006.

SILVA, J. M. S. et al. Perfil dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário. **Rev. do Hospital Universitário/UFMA**, v. 9, n. 2, p. 37–41, jul./dez. 2008.

SOUSA, R. M. C. et al. Vítimas de trauma crânio–encefálico internadas em unidade de terapia intensiva e enfermaria de hospital de referência da Baixada Santista. **Revista Paul. Enf.**, v. 17, n. 2, p. 201–210, abr./jun. 2004.

SOUSA, R. M. C.; REGIS, F. C.; KOIZUMI, M. S. Traumatismo crânio–encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 85–94, 1999.

ZÉTOLA, V. H. F. et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens – análise de 164 casos. **Arq Neuropsiquiatr**, n. 59, v. 3–B, p. 740–745, 2001.

Recebido em: 24 de novembro de 2013

Aceito em: 25 de novembro de 2013